WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK LIPIEC — SIERPIEŃ

ROK VIII 1937 NUMER 4

Prof. dr BERING, Dyrektor Kliniki Dermatologicznej Uniwersytetu w Kolonii.

RENTGENOTERAPIA CHORÓB SKÓRNYCH.

(Referat według „Münchener med. Wochenschrift" 1934, nr 30).

Przy omawianiu rentgenoterapii chorób skórnych należy przede wszystkim wziąć pod uwagę dwa następujące ważne zagadnienia:

1. Jakie naświetlania wywołują największą część porentgenowskich zapaleń skóry?

2. Jaki jest mechanizm biologiczny działania promieni Rentgena?

Statystyka i spostrzeżenia wykazują, że w większości uszkodzeń porentgenowskich, poczynając od zwykłego rumienia aż do owrzodzeń i nawet zwyrodnienia rakowatego, powstaje pod wpływem naświetlań powierzchownych. Rentgenoterapię głęboką stosujemy przy sarkomatach, białaczce, ziarnicy złośliwej, grzybicy guzowatej, raku i t. d. Różne choroby mogą się poprawić tylko do pewnego stopnia, gdyż przy obecnym stanie wiedzy wyleczenie ich jest niemożliwe, tak że możemy się spodziewać jedynie ew. przedłużenia życia. Rentgenoterapię powierzchowną stosujemy przy ostrych, podostrych, przewlekłych, a zwłaszcza nawracających dermatozach. Przewlekłe nawracające dermatozy są zwykle narażone na największe niebezpieczeństwo, gdyż farmakologiczne leczenie tych chorób zarówno wewnętrzne jak i zewnętrzne jest trudne i długotrwałe. Z drugiej zaś strony naświetlanie promieniami Rentgena daje czasem w takich przypadkach znakomite wyniki lecznicze. Tym się tłumaczy, że w uporczywych, nawracających przypadkach chorób skórnych, odpornych na wszelkie poprzednio stosowane zabiegi lecznicze, próbujemy wreszcie często bez dostatecznych wskazań również i promieni Rentgena. Jako skutek takiego postępowania wytwarzają się nierzadko porentgenowskie uszkodzenia skórne: objawy podrażnienia skóry występują zwykle nie bezpośrednio po naświetlaniach, co pozwoliłoby na wczesne wdrożenie odpowiedniego postępowania zapobiegawczego, lecz dopiero znacznie później.

Należy uważać za sprawę godną pożałowania, że jeszcze i obecnie zdarzają się przypadki uszkodzenia skóry promieniami Rentgena. Nieznajomość działania tych promieni lub metod dokładnego dawkowania nie może być żadnym tłumaczeniem, gdyż wiedza nasza posiada już w tej dziedzinie bardzo duże i ścisłe doświadczenie.

Odnośnie do biologicznego działania promieni należy się kierować następującym prawidłem podstawowym: „Promienie Rentgena działając na tkankę żywą wywołują dzięki swej czynności biochemicznej zmiany patologiczne komórek. Stopień natężenia tych zmian zależy jednocześnie od ilości promieni wchłoniętych przez komórki, czyli od dawki, i od wrażliwości komórek na promienie. Wrażliwość różnych komórek różnych narządów waha się w bardzo znacznych granicach. Promienie działają tym silniej im większa jest zdolność rozrodcza i rozmnażanie kariokinetyczne komórek i tym słabiej im morfologia komórek i ich czynność są bardziej utrwalone. Idiosynkrazja lub alergia w stosunku do promieni Rentgena nie istnieje. Stwierdza się natomiast indywidualne wahania wrażliwości, przy czym wielką rolę odgrywa wiek pacjenta. U starców zmiany histologiczne powstają wolniej i inaczej niż u ludzi młodych. Przy leczeniu więc naświetlaniami rentgenowskimi chorób skórnych u dzieci należy postępować znacznie ostrożniej niż u dorosłych. Istnieją również różnice miejscowe. Skóra twarzy np. jest wrażliwsza niż skóra ramion i reszty ciała. Przy chorobach przebiegających ze zmianami obrazu krwi, jak np. przy chorobie Basedowa, niedokrwistości, białaczcę i ziarnicy złośliwej wrażliwość na promienie Rentgena jest znacznie wzmożona. Wszyscy rentgenolodzy znają dobrze zmiany barwnikowe, często bardzo długotrwałe, występujące przy tych chorobach pod wpływem naświetlań rentgenowskich.

O zmianach histologicznych zdrowej skóry, zachodzących pod wpływem działania promieni Rentgena, istnieje już liczny szereg dokładnych prac naukowych. Zmiany te występują pierwotnie nie w naskórku lecz w skórze właściwej.

Nasze wiadomości natomiast o wpływie promieni na chorą skórę wymagają jeszcze dalszych badań. Należy przy tym pamiętać, że przy wszystkich chorobach istnieją tkanki młode, będące w stanie ciągłych przemian, że komórki tych tkanek stale się rozmnażają i rozwijają i są wobec tego znacznie wrażliwsze na naświetlania niż skóra prawidłowa.

Nawet wielkie dawki promieni Rentgena nie wywierają żadnego wpływu na zarazki chorobotwórcze. Wyniki osiągane przy chorobach pasożytniczych lub bakteryjnych polegają na działaniu pośrednim i zależą przede wszystkim od zmian podłoża. Również i charakter zapalenia rentgenowskiego wymaga pewnego wyjaśnienia. Zarówno małe jak i średnie dawki mogą wywołać trwałe zmiany skórne, na których w następstwie może z łatwością wytworzyć się owrzodzenie.

Naogół zwracamy się do leczenia chorób skóry promieniami Rentgena zbyt często. Należy pamiętać, że promienie rentgenowskie powinno się stosować

wyłącznie w ściśle ustalonych wskazaniach. Leczenie promieniami nie powinno nigdy stanowić ultimum refugium. Jest rzeczą niedopuszczalną, aby naświetlać, jak to się jeszcze ciągle dzieje, dermatozy bardzo łagodne, jak np. liszajec pospolity u dzieci, pokrzywkę, łupież różowy itd.

Ponadto należy zawsze dążyć do osiągnięcia wyniku leczniczego zapomocą dawek jaknajmniejszych.

Własności epilacyjne promieni Rentgena próbowano wykorzystać dla celów leczniczo-kosmetycznych. Pierwsze próby rentgenowskiego usuwania włosów z brody u kobiet dokonano przed kilku laty w Wiedniu; wyniki były dla pacjentek bardzo przykre, gdyż naświetlania wywołały poważne zaburzenia odżywcze skóry. Próby usuwania włosów bez szkody dla pacjenta i w sposób ostateczny zawiodły zupełnie, bez względu na stosowaną technikę naświetlań. Nadmierne uwłosienie nie nadaje się więc wcale do leczenia promieniami Rentgena.

W przypadkach liszaja wyłysiającego, strupnia głębokiego i powierzchownego, strzygącego liszaja brody oraz w przypadkach promienicy skóry i gruczołów można stosować według odpowiedniego przepisu promienie Rentgena. Wyniki są zwykle bardzo pomyślne.

W przypadkach figówki pospolitej próbowano wywoływać zapomocą naświetlań promieniami Rentgena przedwczesny zanik mieszków włosowych. Czasami udaje się to istotnie osiągnąć. Jednakże zanik wywołany przez promienie zniekształca nie mniej niż zasadnicza choroba. Na podstawie takich spostrzeżeń autor bardzo poważnie ostrzega przed stosowaniem promieni w figówce pospolitej, chociaż przyznać trzeba, że również i inne metody lecznicze, jak np. stosowanie jodyny, zieleni brylantowej, taniny itd. nie dają naogół pożądanych wyników leczniczych.

Trądzik pospolity jest przewlekłą, nawracającą sprawą chorobową, przy której naświetlania rentgenowskie nie są wskazane.

Pomyślne działanie promieni Rentgena na czyraczność jest mało znane. Niebezpieczny czyrak wargi górnej goi się pod wpływem promieni rentgenowskich pewniej niż na drodze leczenia chirurgicznego. Dawki należy jednak obliczać z wielką dokładnością.

Przy ropniach gruczołów potowych pod pachą rentgenoterapia jest metodą wyboru. Stosowane dawki powinny prawie dorównywać dawkom rumieniowym, które niszczą gruczoły potowe. Rentgenoterapia umożliwia wyleczenie w ciągu 4 do 5 tygodni i chroni skutecznie przed nawrotami.

Dobrotliwe nowotwory skóry, jak znamiona, bliznowce, gruczolaki itd. nie reagują na promienie Rentgena wcale. Z pośród nowotworów złośliwych sarkomaty skórne znikają po naświetlaniach, jednakże wyniki nie są trwałe. Naświetlania różnych ognisk nie są w stanie zapobiec dalszemu szerzeniu się sprawy nowotworowej. Inaczej przedstawia się sprawa przy kan-

kroidzie lub raku skóry, który może być czasem bardzo łagodny. W większości przypadków guzy te znikają szybko pod wpływem promieni Rentgena. Nie ulega jednak wątpliwości, że działanie lecznicze radu przewyższa działanie promieni rentgenowskich. Guzy białaczkowe, aleukemiczne, grzybica guzowata i ziarnica złośliwa ustępują naogół bardzo szybko, lecz poprawa okazuje się niestety krótkotrwała i choroba przyjmuje następnie swój zwykły tragiczny przebieg.

Co się tyczy leczenia w i l k a p o s p o l i t e g o, to autor uważa za właściwsze korzystanie z innych metod terapeutycznych, niż z naświetlań rentgenowskich.

W i l k r u m i e n i o w a t y nie jest wskazaniem do stosowania promieni rentgenowskich.

R u m i e ń s t w a r d n i a ł y *Bazina*, a także do pewnego stopnia s a r k o i d *Boecka*, wilk o wyglądzie odmroziny (l u p u s - p e r n i o) i t u b e r k u l o i d g r u d k o w a t o - k r o s t k o w y reagują na leczenie promieniami Rentgena pomyślnie.

Z o ł z y s k ó r y i g r u ź l i c ę g r u c z o ł o w ą można zapomocą promieni rentgenowskich zupełnie wyleczyć.

W połączeniu z odpowiednią dietą i światłolecznictwem promienie Rentgena dają również pomyślne wyniki przy g r u ź l i c y b ł o n y ś l u z o w e j jamy ustnej krtani i nosa.

Ł u s z c z y c a, jako choroba przewlekła i nawracająca nie stanowi wskazania do leczenia rentgenowskiego. Autor widział przypadki łuszczycy, w których rentgenoterapia wywołała bardzo poważne zaburzenia i doprowadziła nawet do wytworzenia się raka. Toż samo dotyczy również i l i s z a j a c z e r w o n e g o.

Autor jest przeciwnikiem leczenia promieniami Rentgena p r y s z c z y c y, której patogeneza bywa tak różnorodna. Jednakże przypadki pryszczycy, której przyczynę można usunąć, wolno poddawać naświetlaniom rentgenowskim lecz wyłącznie w celu doprowadzenia do ustąpienia zmian anatomicznych skóry wywołanych przez chorobę.

Przeciwwskazaną jest następnie rentgenoterapia w przypadkach ś w i ą d u i m a r s k o ś c i s r o m u, gdyż są to cierpienia, które same przez się wywołują objawy zanikowe i w których działanie promieni Rentgena, sprzyjających sprawom zanikowym, może jedynie pogorszyć objawy chorobowe.

Nie wolno leczyć naświetlaniami żadnych dermatoz u dzieci. Należy o tym pamiętać w przypadkach pryszczycy u dzieci. W miarę jak nasze wiadomości o właściwej istocie różnych dermatoz będą się powiększać i pogłębiać, będziemy mogli coraz ściślej i dokładniej stawiać wskazania do skutecznego stosowania promieni Rentgena. Im większa będzie nasza przezorność i ostrożność przy ustalaniu wskazań, tym pomyślniejsze będą nasze wyniki lecznicze.

Dr **H. WENDT. Klinika Wewn. Uniw. w Monachium.**

LECZENIE CHOROBY BASEDOWA WIELKIMI DAWKAMI WITAMINY A (VOGANEM).

(Referat według Münch. med. Wschr. 1935, nr 29).

Między witaminą A i tarczycą istnieje niewątpliwy antagonizm czynnościowy. Vogan przedstawia preparat witaminy A w stężonej i łatwej do dawkowania postaci. Przekonywujące wyniki doświadczalnego zobojętniania hormonu tarczycowego przez Vogan skłoniły autora do wypróbowania tego preparatu przy leczeniu choroby Basedowa. Już wielu autorów (*Euler* i *Klussmann*, *Abelin*, *Schneider*, *Widmann* i inni) zwracało uwagę na możliwość leczenia choroby Basedowa za pomocą witaminy A. Wprowadzenie do powszechnego użytku Voganu znacznie ułatwiło to zadanie. W klinice uniwersytetu monachijskiego leczono dotychczas wielkimi dawkami witaminy A (Voganu) 5 pacjentów dotkniętych chorobą Basedowa. W sprawozdaniu swym autor omawia w krótkości historię choroby 4 pacjentów.

1. 44-letni kupiec jeszcze przed wojną w sierpniu 1933 r. zwrócił się do specjalisty zajmującego się przyrodolecznictwem, który zalecił mu jod. Wkrótce potem wystąpiły objawy choroby Basedowa: błyszczące oczy, niepokój, obfite poty, spadek wagi o 30 kg w ciągu 8 tygodni. Wszystkie stosowane zabiegi lecznicze pozostały zupełnie bez wpływu na przebieg choroby. W lutym 1935 chory zapisał się do kliniki. Stwierdzono typowy obraz choroby Basedowa: wybitny wytrzeszcz, wole wielkości małego jabłka, drżenie rąk, wilgotna skóra, umiarkowane przyspieszenie tętna, czynność serca prawidłowa, wątroba ledwo wyczuwalna, biegunek nie ma. Zwiększenie przemiany podstawowej +48%, waga ciała 60,9 kg przy wzroście 1,71 m. Leczenie: 3 razy dziennie po 30 kropel Voganu, środki uspokajające jak Luminaletki, brom, Abasina. Insuliny nie stosowano. Po 8 tygodniach zwiększenie się wagi o 9,6 kg, przemiana podstawowa zmniejszyła się do +34,6%. Po dalszych 4 tygodniach stosowania Voganu ogólne zwiększenie się wagi o 14 kg, przemiana podstawowa +26%. Samopoczucie doskonałe. Pacjent jest znacznie spokojniejszy, prawie się nie poci, tętno bez zmiany. Zawartość karotyny i witaminy A we krwi początkowo wybitnie zmniejszona, powróciła pod wpływem stosowania Voganu do normy.

2. 66-letni mężczyzna. Stan przedmiotowy: błyszczące oczy, niewielkie rozlane wole, obfite poty, drżenie rąk, lekkie przyspieszenie tętna z licznymi skurczami dodatkowymi, szmer skurczowy nad tętnicą główną, ciśnienie krwi 180 — 200 (95 — 80) mm Hg, w moczu 0,2 — 1‰ białka, pojedyncze krwinki czerwone i wałeczki ziarniste. Wzmożenie przemiany podstawowej + 47%, waga ciała 64 kg przy wzroście 1,75. Leczenie: 3 razy dziennie po 30 kropel Voganu, Luminaletki, brom; insuliny nie stosowano. Po 7 tygodniach le-

czenia Voganem, częściowo przeprowadzanego ambulatoryjnie, zwiększenie się wagi o 3 kg i zmniejszenie się przemiany podstawowej do +24%. Pacjent czuje się znacznie lepiej, poty o wiele słabsze, czynność serca prawidłowa.

3. 60-letnia kobieta, znaczne schudnięcie w lutym 1935 r., niewielki wytrzeszcz, nieznaczne rozlane wole, silne drżenie rąk, przyspieszenie tętna (100 na minutę przy leżeniu w łóżku), poważne uszkodzenie mięśnia sercowego z blokiem gałązki i ujemnym załamkiem T we wszystkich 3 odprowadzeniach. Ciśnienia krwi 165 — 180 (65 — 90 (znaczna amplituda) mm Hg, początkowo objawy niewielkiej niedomogi serca. Pod wpływem stosowania środków nasercowych niedomoga serca ustąpiła, elektrokardiogram poprawił się znacznie (załamek T stracił swój charakter ujemny), waga ciała obniżyła się jednak do 48,5 kg. Poza tym stan bez zmian. Zwiększenie przemiany podstawowej +45%. Po 6 tygodniach leczenia Voganem w dawkach 3 razy dziennie po 30 kropel waga ciała zwiększyła się o 6,5 kg, przemiana podstawowa obniżyła się do +13,7%. Znaczna poprawa przedmiotowa i podmiotowa. Chora poci się o wiele mniej, tętno uspokoiło się (80 na minutę).

4. 21-letnia panna, przed ½ rokiem z powodu umiarkowanego wola otrzymała od lekarza pigułki jodowe. Wkrótce po tym znaczny niepokój, stany lękowe, silne drżenie. Chora nie mogła nic nosić ani pisać, bardzo silne poty, bezsenność, gwałtowne bicie serca, spadek wagi w ciągu ostatnich 8 tygodni o 13,5 kg. Biegunki; miesiączkowanie nieprawidłowe. Stan przedmiotowy: wytrzeszcz, rozlane miękkie wole, skóra bardzo wilgotna, silne drżenie rąk, częstoskurcz (110 — 120 uderzeń na minutę), elektrokardiogram bez zmian, odruchy wzmożone, zwiększenie przemiany podstawowej +72%. Waga ciała 49,8 kg przy wzroście 1,61 m. Leczenie: 3 razy dziennie po 30 kropel Voganu. W ciągu 4 tygodni zwiększenie się wagi o 2,4 kg. Dalsze leczenie jest jeszcze w toku.

W ten sposób w 3 przypadkach choroby Basedowa udało się za pomocą podawania Voganu osiągnąć znakomite wyniki lecznicze. Waga wszystkich 3 chorych pod wpływem Voganu zwiększyła się znacznie, u pierwszego pacjenta w ciągu 3 miesięcy o 14 kg, drugiego w ciągu 7 tygodni o 3 kg i trzeciego w ciągu 6 tygodni o 6,5 kg. U wszystkich 3 chorych przemiana podstawowa obniżyła się wydatnie z +48% wzgl. +47%, wzgl. +45% do +25%, wzgl. + 24% wzgl. +13,7%, co oznaczało już tylko umiarkowane zwiększenie. Pierwszy i trzeci chory czuł się po leczeniu Voganem wprost doskonale, drugi chory poprawił się znacznie. Pacjenci uspokoili się wyraźnie, wszystkie objawy choroby Basedowa poprawiły się wybitnie. Zasługuje następnie na uwagę, że u pierwszego chorego, który na leczenie Voganem zareagował szczególnie pomyślnie, mieliśmy do czynienia z jod-Basedowem, który jest przeważnie bardzo odporny na wszelkie zabiegi lecznicze. Czwarta pacjentka również poprawiła się pod wpływem Voganu, waga jej zwiększyła się o 2,4 kg w ciągu 4 tygodni, jednakże leczenie tej chorej nie zostało jeszcze ukończone. Piąta

chora przybyła do kliniki w stanie bardzo ciężkim: znaczny niepokój i podniecenie, silne przyspieszenie tętna, poważne zmiany mięśnia sercowego, ciężka niedomoga krążenia. Chora ta znakomicie zareagowała na jednoczesne stosowanie Voganu i naparstnicy. Objawy ciężkiej niedomogi serca ustąpiły zupełnie w ciągu 3 tygodni; zasługuje to na szczególną uwagę, gdyż niedomoga serca występująca w przebiegu ciężkiej choroby Basedowa przeważnie bardzo trudno poddaje się działaniu leczniczemu naparstnicy. Być może, że współdziałał tu dodatni wpływ witaminy A.

Przy leczeniu choroby Basedowa witaminą A należy podawać wielkie dawki Voganu, dawki małe działają niedostatecznie lub pozostają zupełnie bez wpływu. Autor stosował dotychczas następujące dawkowanie: 3 razy dziennie po 30 kropel Voganu = 145.000 jednostek biologicznych; pod wpływem tego leczenia poziom witaminy A we krwi podniósł się szybko i w znacznym stopniu. U pacjentów dotkniętych chorobą Basedowa niebezpieczeństwo hiperwitaminozy przy stosowaniu tych dawek Voganu nie wchodzi w rachubę ze względu na zwiększone przy tej chorobie zużycie witaminy A; ponad to w klinice możemy w każdej chwili przekonać się o wysokości poziomu witaminy A we krwi przez dokładne jej określenie. Możliwe, że u innych chorych dla zwiększenia zawartości witaminy A w narządach i we krwi trzeba będzie stosować jeszcze większe dawki Voganu.

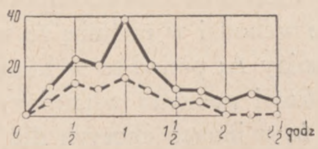
Na podstawie dotychczasowego szczupłego materiału obserwacyjnego nie można oczywiście wypowiedzieć jeszcze żadnych ostatecznych wniosków o wartości leczenia choroby Basedowa za pomocą witaminy A. Należy się przekonać, czy również po spadku przemiany podstawowej powinno się jeszcze przez długi czas podawać Vogan dla uniknięcia nawrotów. Przedmiotem dalszych badań powinno być również wyjaśnienie, czy nie uda się osiągnąć wyników jeszcze lepszych przez połączenie podawania Voganu ze stosowaniem jeszcze innych witamin a zwłaszcza witaminy B_1.

R. BOLLER. I Klin. Uniw. Wied.

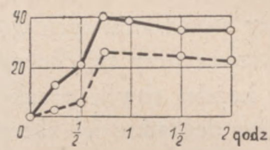
O LECZENIU NIEKTÓRYCH CHORÓB ŻOŁĄDKA WITAMINĄ A (VOGANEM).

(Referat podług Zschr. Klin. Mem. 1936, t. 130).

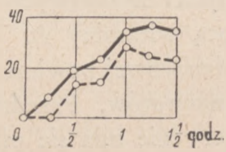
Witaminy C i D nie pobudzają wydzielania kwasu solnego w żołądku, natomiast witamina A wzmaga wydatnie tę czynność. *Boller* stosował witaminę A (Vogan) u 40 chorych cierpiących na rozmaite choroby żołądka. Chorzy ci przez cały czas leczenia nie zmieniali ani trybu życia ani diety i nie brali żadnych lekarstw. Autor badał u wszystkich chorych kwasotę a następnie podawał im przez szereg dni 10 do 50 kropel Voganu dziennie. U 2 cho-



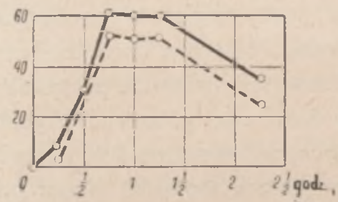
28-letnia kobieta:
próbne śniadanie alkoholowe.



46-letnia kobieta:
próbne śniadanie alkoholowe.



Ta sama kobieta: zwiększenie się kwasoty żołądkowej po 10 kroplach Voganu przyjętych na godzinę przed badaniem.



Ta sama kobieta: 10 kropel Voganu, po godzinie wzrost kwasoty.

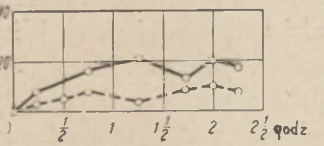
rych cierpiących na zupełny brak kwasu solnego podawanie Voganu nie odniosło skutku. U 10 chorych z niedokrwistością już po 10 kroplach Voganu, podanych na godzinę przed próbą alkoholową, zwiększyły się znacznie zarówno ilość wolnego kwasu solnego jak i kwasota ogólna. Domieszki śluzu w poszczególnych frakcjach treści żołądkowej były mniejsze niż zwykle, żołądek opróżniał się szybciej.

U 2 chorych z kwasotą prawidłową pojawiła się po Voganie nadkwasowość. Kilku chorym z niedokrwistością lub z prawidłową kwasotą dawano dla kontroli do picia samą tylką oliwę (Vogan jest stężonym roztworem witaminy A w oliwie). Na ilość kwasu w żołądku oliwa wpływu nie wywarła, z czego wynika, że tylko sam Vogan, jako stężona witamina A, wzmaga wydzielanie kwasu solnego.

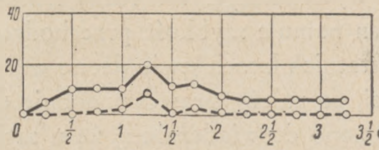

Najczęstsze zaburzenia **snu** codziennego życia — utrudnione zasypianie — usuwa
EVIPAN
typowy środek **nasenny**, który również przy przedwczesnym budzeniu się po północy można podawać w celu **ponownego** uśnięcia.
Szybkie działanie. Uspokaja i sprowadza Zdrowy sen. Dzięki temu, że EVIPAN w ciągu kilku godzin ulega zupełnemu rozkładowi, obudzenie się następuje zawsze z uczuciem świeżości i wypoczynku.
Opakowania oryginalne:
rurki po 10 tabletek à 0.25 g zł 3.50
kliniczne:
po 250 tabletek à 0.25 g zł 68.—
BAYER
»Bayer«
LEVERKUSEN n/R.
Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawa, ul. Hipoteczna nr 5.

Boller stosował Vogan w szeregu chorób żołądka, które klinicznie i rentgenologicznie można było podzielić na następujące grupy: brak kwasu, niedokrwistość, wrzód żołądka i dwunastnicy, nadkwaśność.

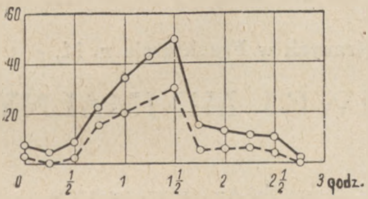
Przy zupełnym braku kwasu nawet po dłuższym podawaniu Voganu nie udaje się pobudzić żołądka do wydzielania kwasu. Natomiast stan ogólny wszystkich chorych tej grupy poprawia się podmiotowo i przedmiotowo. Znikają bóle i uczucie ucisku w okolicy żołądka. Uporczywe nieraz biegunki ustępują całkowicie. Chorzy odzyskują apetyt i przybierają na wadze (1 — 4 kg w ciągu czterech tygodni). Należy zauważyć, że dolegliwości ustępują dopiero po 3 — 4 dniach od chwili rozpoczęcia leczenia. Przejściowo daje się zauważyć w ciągu tych kilku dni nawet pewne pogorszenie: chorzy skarżą się na odbijania i nudności.



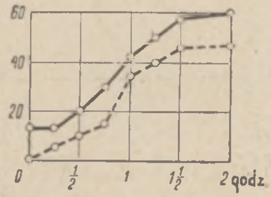
Pacjentka, lat 21, częste biegunki, próbne śniadanie alkoholowe.



53-letni mężczyzna: niedokwaśność, bóle żołądka, HCl pozostaje bez skutku.



Ta sama pacjentka; od 5 tygodni codziennie 3×5 kropel Voganu; biegunki ustąpiły, ilość HCl większa. Zwiększenie się wagi.



Od 4 miesięcy z dość częstymi przerwami 3×5 kropel Voganu dziennie. Od tego czasu poprawa kwasoty żołądkowej, ustąpienie bólów, zwiększenie się wagi o 2,7 kg.

U 8 chorych z niedokrwistością dolegliwości również ustępowały, stan ogólny poprawiał się a ilość kwasu solnego szybko wzrastała, zbliżając się w pojedyńczych przypadkach do normy.

Pod wpływem leczenia Voganem ustąpiły podmiotowe i przedmiotowe objawy u 2 chorych na wrzód żołądka i u 3 chorych na wrzód dwunastnicy. Były to przypadki wyjątkowo oporne na leczenie dietetyczne i farmakologiczne. Wyniki badania treści żołądkowej u chorych tej kategorii są rozbieżne. Obraz rentgenowski pod wpływem leczenia Voganem nie zmienia się.

Wreszcie u 5 chorych z nadkwaśnością, u których zwykłe leczenie związkami zasadowymi nie dawało żadnego rezultatu, osiągnięto przy pomocy Voganu zupełne ustąpienie objawów chorobowych oraz pokaźny przyrost wagi.

Pomyślne wyniki leczenia chorób żołądkowych Voganem tłumaczy *Boller*

chroniącym wpływem witaminy A na nabłonek. Tuczące działanie Voganu polega na tym, że witamina A, antagonistka tyroksyny, stosowana jako skuteczny lek w chorobie Basedowa, obniża podstawową przemianę materii, powodując w ten sposób przyrost wagi. Istnieje inne jeszcze wytłumaczenie tuczącego działania Voganu: witamina A zwiększa mianowicie zapasy glikogenu w wątrobie, potęgując tym samym od zewnątrz, „endogennie", działanie insuliny. Choroba Basedowa, która doskonale poddaje się leczeniu witaminą A, kojarzy się z brakiem lub niedoborem kwasu solnego w żołądku. Istnieje zatem pewien związek przyczynowy pomiędzy wzrostem kwasoty żołądkowej a tuczącym działaniem Voganu.

Biegunki występujące przy braku kwasu i w niedokrwistości ustępują, jak wspomnieliśmy, pod wpływem Voganu. Przyczyny tego zjawiska nie umiemy jeszcze wytłumaczyć. Na ruchy żołądka Vogan nie działa. Być może, że przetwór ten hamuje szybkość przechodzenia treści żołądkowej przez jelita.

W ostatnich latach stwierdzono wzrost chorób żołądka wśród ubogich warstw ludności, co zależy prawdopodobnie od niedoboru witaminy A w pożywieniu. Stwierdzono doświadczalnie, że u zwierząt żywionych dietą pozbawioną witaminy A, pojawiają się w żołądku owrzodzenia i nadżerki. Lecząc choroby żołądka witaminą A, zwalczamy zatem podstawową przyczynę cierpienia.

Prof. dr GÄNSSLEN, Poliklinika Chorób Wewnętrznych w Frankfurcie n. M.

LECZENIE ANEMII ZŁOŚLIWEJ MINIMALNYMI DAWKAMI CAMPOLONU.

(Referat według Med. Klinik 1936, nr 16, Rev. Méd. Germ-Ib.-Am. 1937, nr 1/2).

Wytworzenie pierwszego wysokowartościowego wyciągu wątrobowego, nadającego się do stosowania w postaci wstrzykiwań, jest jak wiadomo zasługą prof. *Gänsslena.* Preparat *Gänsslena* wprowadzono następnie do powszechnego użytku pod nazwą Campolon. *Gänsslen* leczył początkowo niedokrwistość złośliwą codziennymi wstrzykiwaniami Campolonu aż do chwili doprowadzenia obrazu krwi do normy, następnie zaś stosował Campolon jeszcze przez dłuższy czas dla utrwalenia osiągniętej poprawy. Już w swych pierwszych pracach *Gänsslen* zwrócił uwagę na możliwość leczenia okresowego, polegającego na wytwarzaniu w ustroju większych zapasów wyciągu wątrobowego, co oznaczało niewątpliwie pewne ułatwienie praktyczne. Niezmordowanie dążył jednak *Gänsslen* do dalszego uproszczenia techniki leczenia Campolonem i do możliwego potanienia kosztów kuracji. W październiku 1932 autor uczynił przypadkowo pewne spostrzeżenie, które posłużyło mu jako drogowskaz do dalszych badań. Pewien bardzo ciężko chory pacjent (16% hemoglobiny i 1,1 miliona krwinek czerwonych) otrzymał w pierwszym dniu leczenia 2 ampułki

Campolonu, następnie zaś wstrzykiwano mu codziennie preparat laboratoryjny innego pochodzenia, który okazał się w dalszych badaniach kontrolnych nieczynny. Pomimo to chory ten, który otrzymał właściwie zaledwie 2 ampułki czynnego Campolonu, poprawił się doskonale: po 40 dniach ilość hemoglobiny osiągnęła 73% a krwinek czerwonych — 4.200.000. Od tego czasu autor leczył z powodzeniem małymi dawkami Campolonu 20 chorych dotkniętych anemią złośliwą. Jako typowe przykłady pomyślnego wpływu tych małych dawek wyciągu wątrobowego na obraz krwi, autor przytacza w streszczeniu kilka historyj chorób:

1. Chory na anemię złośliwą, hb — 43%, krwinki czerwone — 1,56 miliona. W 1. dniu jedna ampułka Campolonu, na początku 3. tygodnia — druga. Następnie autor przeczekał chwilowy okres równowagi w obrazie krwi, który nastąpił w 5. i 6. tygodniu i podczas którego stan krwi się nie pogarszał. W 7. tygodniu trzecia ampułka Campolonu, która znowu pobudziła narząd krwiotwórczy do dalszej poprawy, tak że po 10 tygodniach leczenia osiągnięto 95% hb i 4 miliony krw. czerw. Zastosowanie 3. ampułki już w 5. tygodniu doprowadziłoby najprawdopodobniej do celu już o 2 tygodnie wcześniej.

2. Chory, podobnie jak pierwszy pacjent z roku 1932, zareagował szczególnie pomyślnie na jedną ampułkę Campolonu. W ciągu 4 tygodni zawartość hemoglobiny podniosła się z 45% do 83%, a ilość erytrocytów z 1,8 miliona do 4,1 miliona, ponad to waga ciała wyniszczonego chorego zwiększyła się o 6,2 kg.

3. U trzeciego pacjenta poprawa obrazu krwi, zapoczątkowana pierwszą ampułką Campolonu, uległa w 3. tygodniu przerwie wskutek ostrego nieżytu żołądka i kiszek, przebiegającego z gorączką, wymiotami i biegunką; jak zwykle przy takich powikłaniach stan krwi chwilowo znowu się pogorszył. Na początku 4. tygodnia wstrzyknięto drugą ampułkę Campolonu, po czym obraz krwi zaczął się szybko poprawiać. W ciągu 5 tygodni chory pod wpływem zaledwie 3 zastosowanych ampułek Campolonu poprawił się znakomicie: ilość hemoglobiny podniosła się z 37% do 80%, ilość krwinek czerwonych z 1,1 miliona do 4,1 miliona, waga ciała zwiększyła się o 6,6 kg.

4. Czwarty chory cierpiał na ciężką niedokrwistość złośliwą: hb — 35%, erytrocyty — 0,8 miliona, poza tym bardzo duże obrzęki z wielką puchliną brzuszną i przesiękami w jamach surowiczych. Po 2 ampułkach Campolonu diureza zwiększyła się bardzo wydatnie, tak że w ciągu tygodnia chory został całkowicie odwodniony. Silny przełom retikulocytów w 4., 5. i 6. dniu (powyżej 280%) pozwalał się spodziewać szybkiej poprawy krwi. W 2. tygodniu białko i urobilinogen zniknęły z moczu a ilość hemoglobiny i erytrocytów zaczęła szybko wzrastać. W 4. i 7. tygodniu chory otrzymał po 2 ampułki Campolonu a w 8. tygodniu 1 ampułkę. Pomimo stosowania w tym ciężkim przypadku tak małych dawek osiągnięto po 9 tygodniach leczenia 90% hb i 4,7 miliona krwinek czerwonych. 14 cm^3 Campolonu dało ten znakomity wynik!

U tego ostatniego pacjenta na szczególną uwagę zasługuje zwłaszcza nadzwyczajne moczopędne działanie Campolonu, które bez pomocy innych środków diuretycznych doprowadziło w krótkim czasie do zupełnego wydalenia nagromadzonych znacznych zapasów wody.

Niezwykle pomyślne wyniki leczenia niedokrwistości złośliwej małymi dawkami Campolonu wykazują ponownie, jak niezbędne jest leczenie wstrzykiwaniami, zwłaszcza jeżeli można je przeprowadzić w tak łatwy i tani sposób. Występowanie lub brak opisanego powyżej wpływu na obraz krwi po 1 lub

2 ampułkach stanowi według *Gänsslena* bardzo dokładny probierz skuteczności Campolonu. Odczyn ten przedstawia pewniejszy miernik wartości preparatu wątrobowego niż próba opierająca się na określonej ilości retikulocytów, wymagana przez amerykański Council of Pharmacy and Chemistry.

Dla skutecznego leczenia niedokrwistości złośliwej powinno wystarczać wstrzyknięcie raz na tydzień 1 lub 2 ampułek Campolonu. Po doprowadzeniu stanu krwi do normy bardzo duże znaczenie dla przyszłości chorego ma dalsze leczenie, polegające na tym, by co 3 — 4 tygodnie wstrzykiwać jeden raz 5 cm^3 Campolonu. Autor odnosił podczas swych obserwacyj klinicznych wrażenie, jakby stosowany Campolon, poczynając od pewnego progu, działał w charakterze aktywatora i uruchamiał w ciągu najbliższych tygodni ten sam mechanizm odradzania się krwi. Dawki zbyt małe również wywołują pewien przełom retikulocytów, nie mogą jednak doprowadzić do ostatecznej poprawy obrazu krwi. Z drugiej jednak strony okazuje się bezcelowe dążyć od pewnej określonej dawki granicznej do przyspieszenia odnowy krwi przez dalsze zwiększanie stosowanych dawek. Powołując się na spostrzeżenia *Castle'a* musimy uznać, że działanie Campolonu polega prawdopodobnie na odpowiedniej przemianie extrinsic factor, czynnika pokarmowego, znajdującego się w ustroju w ilości dostatecznej, z którego następnie wytwarza się związek przeciwanemiczny. Odpowiednim bodźcem w kierunku tej pożądanej przemiany może czasami również być działanie arsenu, czerwieni kongo, histaminy, histydyny i tryptofanu. Jednakże wyciągi narządowe z wątroby, żołądka, nerek itd. zawierają również związek swoisty, którego działanie wcale nie słabnie, nawet po długoletnim stosowaniu.

W Revista Médica Germano-Ibero-Americana 1937, nr 1/2 *Gänsslen* jeszcze raz podaje następujące przeciętne dawkowanie Campolonu: na początek leczenia 1 — 2 ampułki po 2 cm^3 dopośladkowo *) codziennie, aż po 6 — 8 dniach wystąpi silny przełom retikulocytarny; następnie wystarcza już jedna ampułka à 2 cm^3 co 2 — 3 dni albo 1 ampułka à 5 cm^3 1 — 2 razy na tydzień. Często możemy rozpocząć odrazu od leczenia polegającego na wytwarzaniu zapasu (depot): w tym celu wstrzykujemy 1 — 2 razy tygodniowo po 5 cm^3. Dla skutecznego leczenia należy wstrzykiwać po 5 cm^3 Campolonu co 2 — 4 tygodnie.

*) Chorym szczególnie wrażliwym na ból można wstrzykiwać Campolon również dożylnie; ze względu na wpływ preparatu na krążenie należy jednak wstrzykiwać bardzo powoli (w pozycji leżącej), najlepiej w roztworze glukozy.

Dr W. WEISE. Klinika Chirurgiczna Charité w Berlinie.

SPOSTRZEŻENIA NAD DZIAŁANIEM ESMODILU PRZY POOPERACYJNYCH ATONIACH KISZEK.

(Referat według Dtsch. Z. f. Chir. 1935, tom 245).

Atonia kiszek jest częstym powikłaniem pooperacyjnym zabiegów chirurgicznych dokonywanych w jamie brzusznej. W większości przypadków fizyczne zabiegi lecznicze, jak naświetlania, nagrzewania, lewatywy, wystarczają do skutecznego pobudzenia zahamowanej perystaltyki i uchylenia grożącego niebezpieczeństwa niedrożności paralitycznej. Natomiast dotychczasowe leki pobudzające kiszki nie zawsze były w stanie wywołać ponowne ruchy porażonych kiszek. Dopiero badania ostatnich lat doprowadziły do wykrycia preparatu obdarzonego własnością silnego pobudzania perystaltyki, do syntezy Esmodilu, czyli bromku trójmetylometoksypropenylamonowego. Z farmakologicznego punktu widzenia jest to środek pobudzający narządy unerwione przez nerw błędny. W dawkach wzrastających Esmodil wywołuje według *Hechta* (Klin. Wschr. 1935) wzmożoną perystaltykę kiszek, ślinotok, pocenie się, zwężenie źrenic, zwolnienie tętna i spadek ciśnienia. Znaczenie Esmodilu polega przede wszystkim na jego wybiórczym działaniu wyłącznie na układ nerwu błędnego. Na dostatecznie atropinizowane zwierzęta Esmodil w przeciwieństwie do choliny i acetycholiny pozostaje zupełnie bez wpływu. *Hecht* wykonał liczny szereg farmakologicznych badań doświadczalnych na myszach, królikach i kotach i stwierdził, że dostateczne dawki Esmodilu pobudzają perystaltykę kiszek aż do wystąpienia stolców biegunkowych, przy czym poza ślinotokiem nie wywołują żadnych niepożądanych objawów ubocznych. Tolerancja Esmodilu jest bardzo dobra a dozwolone dawki terapeutyczne wahają się w szerokich granicach. Na podstawie własności farmakologicznych tego preparatu należało się spodziewać, że również i w klinice w przypadkach pooperacyjnej atonii kiszek będzie on przejawiał swe niezawodne działanie zapobiegawcze i lecznicze.

Własne spostrzeżenia autora dotyczą 420 chorych, którym po wielkich zabiegach w jamie brzusznej lub przy istniejącym albo grożącym zapaleniu otrzewnej wstrzykiwano domięśniowo Esmodil. Wstrzykiwania stosowano przeważnie przed południem na drugi dzień po operacji, gdy brzuch był boleśnie napięty i nie wysłuchiwało się szmerów kiszkowych. W kwadrans po zastrzyku stosowano naświetlanie brzucha, a po pół godzinie wykonywano lewatywę z gliceryny. U znakomitej większości chorych leczonych w ten sposób, już w ciągu najbliższych godzin odchodziły gazy kiszkowe, napięcie powłok brzusznych zmniejszało się, a po obiedzie drugiego dnia po operacji słychać już było żywe szmery kiszkowe. Jeżeli działanie nie występowało tak szybko, to tegoż samego wieczora oraz w dniach następnych rano i wieczorem

powtarzano wstrzykiwania Esmodilu tak długo, aż gazy wreszcie zaczynały odchodzić i można już było usłyszeć ruchy kiszkowe; wstrzykiwania Esmodilu łączono każdorazowo z leczeniem fizykalnym. W ten sposób udawało się przezwyciężyć w 2 — 3 dni nawet najbardziej uporczywe atonie. W przypadkach niedrożności mechanicznej, jeżeli chorzy przybywali do kliniki jeszcze w stanie stosunkowo znośnym, obserwowano, że po usunięciu przeszkody wstrzyknięcie Esmodilu pobudzało czynność ogromnie wzdętych kiszek i że w ciągu 12 — 24 godzin powracała prawidłowa perystaltyka. Jeżeli otrzewna kiszkowa była już zapalnie zmieniona a układ nerwowy toksycznie porażony, to oczywiście nie można już było spodziewać się od Esmodilu żadnej pomocy.

Nawet stosowanie Esmodilu w ciągu kilku dni nie wywoływało żadnych dolegliwości; jedyny objaw uboczny polegał na nieznacznym zwiększeniu się wydzielania się śliny. Wymiotów, parcia, krwawych stolców ani żadnego szkodliwego wpływu na układ sercowo-naczyniowy nie obserwowano ani razu.

Zbadanie, w jakim stopniu Esmodil wyrównywa działanie porażające atropiny, natrafia w klinice na pewne trudności, gdyż w chwili, gdy zachodzi potrzeba zwrócenia się do Esmodilu, działanie atropiny, podanej przed operacją, przeważnie już się zupełnie wyczerpało.

Na podstawie swoich licznych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że Esmodil przedstawia nadzwyczaj skuteczny środek dla leczenia pooperacyjnych atonij kiszek, z którymi chirurg ma prawie codziennie do czynienia.

Dr. G. MEYER zu HÖRSTE. Miejska Klinika Pediatryczna w Dortmundzie.

W SPRAWIE LECZENIA PRONTOSILEM.

(Referat według Klin. Wschr. 1936 nr 44).

Autor stosuje Prontosil już od dawna i wyleczył tym preparatem większą ilość niemowląt i starszych dzieci chorych na różę. W spostrzeżeniach swych autor zauważył jednak, że niektóre przypadki są jakby odporne na działanie lecznicze Prontosilu. Pierwszy przypadek odporności dotyczył noworodka z różą pochodzącą z rany pępkowej. Śmierć nastąpiła już w 12 godzin po przyjęciu do szpitala. Początkowo autor uzależniał to niepowodzenie od zbyt późnego przystąpienia do leczenia. Następnie jednak, gdy wśród licznego szeregu przypadków pomyślnie leczonych Prontosilem znowu zaobserwowano 6 przypadków odpornych na działanie lecznicze preparatu, udało się wreszcie u 2 ostatnich dzieci znaleźć wyjaśnienie tej pozornej odporności. Pierwszy pacjent, 14-miesięczny chłopczyk, nie reagował początkowo wcale na Prontosil w tabletkach (czyli na preparat zasadowy), następnie jednak, gdy zastąpiono zasadowy Prontosil kwaśną solą chlorowodorową tego preparatu, obrzmienie twarzy szybko ustąpiło i osiągnięto po krótkim czasie wyleczenie.

Autor zwrócił również uwagę na okoliczność, że skóra i mocz zabarwiły się obecnie o wiele silniej, co wskazywało na lepsze wchłanianie Prontosilu. Pacjent ten nie miał prawdopodobnie w żołądku dostatecznej ilości kwasu solnego, potrzebnego do szybkiego rozpuszczenia zasadowego Prontosilu. Drugie dziecko, mające 7½ miesiąca, chore na różę, również nie reagowało początkowo na Prontosil w tabletkach. Dla przekonania się, czy istotnie działanie lecznicze Prontosilu jest związane z obecnością kwasu solnego, autor postąpił u tego dziecka w sposób następujący: 1 tabletkę Prontosilu rozdrobnił w 25 cm^3 wody, dodał 6 kropel rozcieńczonego kwasu solnego i pozostawił; dopiero po 15 minutach podał dziecku. W ciągu najbliższego czasu obraz choroby zmienił się zupełnie. Obrzęk zaczął się szybko zmniejszać i w końcu ustąpił. Badanie czynności wydzielniczej żołądka, wykonane po wyleczeniu, wykazało istotnie zupełny brak kwasu solnego. Od tego czasu autor radzi, aby we wszystkich przypadkach, w których Prontosil działa zbyt słabo lub zawodzi zupełnie, dodawać do 1 tabletki 6 kropel Acid. hydrochlor. dil. (W 2 przypadkach Prontosil zastosowany per rectum — bez dodania kwasu solnego — również pozostał bez wpływu na przebieg choroby). Bardzo pomyślne wyniki osiągnięto za pomocą Prontosilu w przypadkach ropomoczu.

1. W. K., 13 miesięcy. Róża lewej ręki, pochodząca z ropnia skórnego. 3 razy dziennie po $^1/_2$ tabletki zasadowego Prontosilu doustnie. Po 17 dniach leczenia Prontosilem stan prawie bez zmiany, jedynie chwilami odnosiło się wrażenie przemijającej poprawy. Również i gorączka po tak długim leczeniu ciągle jeszcze waha się między 37,3 i 39°. W 17 dniu pobytu w szpitalu dokonano przetoczenia 125 cm^3 cytrynianowej krwi matki do prawej żyły szyjnej. W $1^1/_2$ godziny po przetoczeniu gorączka podniosła się do 42°, nieznaczna sinica twarzy, groźne osłabienie krążenia. Po kilku godzinach zaburzenia te ustąpiły. Następnego dnia stan podgorączkowy, jeszcze po 2 dniach gorączka nie przekracza już 37°. Objawy róży cofają się szybko. Wyleczenie.

2. G. H. 7 lat. Błonica; tracheotomia. W miejscu świeżej rany tracheotomijnej rozwija się róża. Pomijając leczenie przeciwbłonicze, wstrzyknięto choremu z powodu róży 5 cm^3 Prontosilu domięśniowo, następnie, wobec niemożności doustnego podawania leków, stosowano w ciągu 5 dni Prontosil w lewatywkach w dawce po 6 tabletek; w dalszym biegu leczenia podawano tę samą dawkę doustnie. W toku tego leczenia gorączka, poczynając od 27.12., gdy podniosła się po raz ostatni do 39,5°, wahała się już w granicach stanu podgorączkowego. 6.1. stan bezgorączkowy. W przypadku tym nie ulega wątpliwości, że wyleczenie nastąpiło zupełnie bez udziału Prontosilu, który pozostał właściwie bez wpływu na przebieg choroby.

3. A. W. $2^1/_2$ miesiąca. Błonica nosa. 11.12. nagłe lewostronne zapalenie ucha środkowego z wysoką gorączką. 14.12. róża; od 10 dni 2 razy dziennie po $^1/_2$ tabletki Prontosilu. Wobec braku widocznej poprawy dawkę zwiększono do 4 razy dziennie po $^1/_2$ tabletki Prontosilu. Róża nie ustępowała, dołączyła się ciężka ropowica i dziecko zmarło 14.1. wśród objawów ogólnej posocznicy.

4. S. J., 14 miesięcy. 23.3.1936 róża na głowie. Róża sięga od okolicy małego ciemiączka do środka czoła. W miejscu zaczerwienienia wyraźny obrzęk skóry głowy. W dniu przyjęcia gorączka 39,5. 3 razy dziennie po $^1/_2$ tabletki Prontosilu. Następnego dnia 4 razy dziennie po $^1/_2$ tabletki. Stan dziecka bardzo ciężki, gorączka podnosi się do 40,3°. Znaczne osłabienie krążenia. Od tego dnia zaczęto podawać zamiast zwykłego zasadowego Prontosilu kwaśną sól Prontosilu. Następnego dnia stan ogólny znacznie lepszy, gorączka obniżyła się do 37,3°.

Róża, która jeszcze poprzedniego dnia przeszła na prawy policzek i wywołała obrzmienie prawego oka, przestała już postępować. Wieczorem 25.3. gorączka podniosła się jeszcze do 37,9°, a następnego dnia opadła już ostatecznie. Róża i obrzmienie skóry ustąpiły bez śladu. 30.3. dziecko można już było uważać za wyleczone.

5. E. M. 7 1/3 miesiąca. Obrzmienie i zaczerwienienie prawego policzka, prawe oko obrzmiałe, granice zaczerwienienia ostro odgraniczone. 26.2.1936 podano dziecku 5 razy po 1/2 tabletki Prontosilu doustnie. Róża szerzy się powoli lecz stale po całej skórze głowy, stan przeważnie podgorączkowy, jednakże z chwilowymi podniesieniami ciepłoty do 40°. Po 4 tygodniach stosowania Prontosilu 23.2. przetoczenie krwi, które dziecko zniosło dobrze, lecz które nie wpłynęło na przebieg choroby. W następnym tygodniu kilka incyzyj gruczołów szyjnych. Obrzęk skóry zwiększa się. Od 31.3. Prontosil z dodatkiem kwasu solnego. W ciągu kilku dni zupełna zmiana obrazu choroby. Po wyleczeniu zbadano wydzielanie żołądkowe i stwierdzono zupełny brak kwasu solnego.

Dr L. LEY, Hesska Klinika Położnicza w Moguncji.

LECZENIE GORĄCZKI POŁOGOWEJ PRONTOSILEM.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1936, nr 27).

Autor stosował Prontosil w 79 przypadkach: w 42 podawał go dla celów zapobiegawczych, w 37 dla celów leczniczych. W walce z zakażeniem połogowym Prontosil okazał się lekiem nadzwyczaj skutecznym. Prontosil można stosować doustnie, per rectum i w postaci wstrzykiwań domięśniowych. Do wstrzykiwań są przeznaczone ampułki zawierające po 5 cm³ 2,5%-owego roztworu, który nie wywołuje żadnych objawów podrażnienia miejscowego. Do stosowania doustnego i per rectum służy Prontosil w tabletkach. Przy podawaniu Prontosilu w lewatywie rozpuszcza się tabletki w fizjologicznym roztworze soli kuchennej lub w 5%-owym roztworze cukru gronowego. Pośród 79 kobiet leczonych Prontosilem znajdują się oczywiście liczne przypadki, które prawdopodobnie również i bez stosowania Prontosilu nie zachorowały by poważnie. Wobec tego jednak, że przy rozpoczynającej się podczas połogu gorączce nigdy nie jesteśmy w stanie przewidzieć dalszego biegu sprawy chorobowej, należy również przy początkowo niewyraźnych podniesieniach ciepłoty, jeżeli utrzymują się one dłużej niż przez 24 godzin, stale podawać Prontosil. Żaden z 3 sposobów stosowania nie wywołuje szkodliwych objawów ubocznych. Zaczerwienienie moczu nie ma żadnego znaczenia i znika po 12 godzinach. Przy ciężkim przebiegu choroby najlepsze wyniki daje kombinowane stosowanie wstrzykiwań i tabletek: 2 razy dziennie po 1 do 2 ampułek i jednocześnie 3 — 4 razy dziennie po 1 tabletce. Leczenie to, które w większości przypadków ograniczało się do podawania 3 tabletek dziennie, stosowano jeszcze przez 1 do 3 dni po spadku gorączki, gdyż jeśli odstawiano Prontosil natychmiast po spadku gorączki, ciepłota często znowu się podnosiła. W przypadkach, w których na podstawie objawów klinicznych (cuchnące

odchody, bolesność uciskowa macicy i t. d.) należało rozpoznać dalsze utrzymywanie się zakażenia narządów płciowych, podawano tabletki jeszcze przez długi czas. Dla celów zapobiegawczych stosowano Prontosil również per rectum: 7 tabletek rozpuszcza się w 500 cm^3 fizjologicznego roztworu soli kuchennej lub 5%-owego roztworu cukru gronowego i wlewa się jako kroplówkę. Leczenie wstrzykiwaniami domięśniowymi (ampułki po 5 cm^3, zawierające 2,5%-owy roztwór Pontosilu) obniżało gorączkę często już po 1 lub 2 wstrzyknięciach, w poszczególnych jednak przypadkach trzeba było dokonać nawet 10 wstrzykiwań. Na ogół spadek ciepłoty następował tym prędzej im krótszy czas upłynął od chwili wystąpienia gorączki. Jednakże również i w przypadkach, w których wysoka gorączka, ew. z dreszczami, trwała od kilku dni, udawało się przezwyciężyć grożące niebezpieczeństwo; leczenie wymagało tu jednak dłuższego stosowania Prontosilu. Zapobiegawczo podawano Prontosil (przeciętnie 6,6 amp. w 3½ dniach) 42 pacjentkom przy gorączce podczas porodu, przy cięciu cesarskim, po przedwczesnym pęknięciu pęcherza płodowego, przy ręcznym odłączaniu łożyska i t. d. W 15 przypadkach okres połogowy miał przebieg bezgorączkowy. 22 kobiety otrzymały Prontosil, gdyż wykonane zabiegi, jak uczy doświadczenie, często usposabiają do gorączki połogowej. 20 spośród pacjentek gorączki nie dostało. Czyli że ogółem 35 połogom bezgorączkowym można przeciwstawić zaledwie 7 gorączkowych. Spośród tych ostatnich 3 gorączkowały po porodzie 1 dzień, jedna 2 dni, jedna 4 dni i jedna 5 dni a jedna zmarła po 5 dniach. Dla celów zapobiegawczych wstrzyknięto w 5 przypadkach po 1 ampułce, w 8 — po 2 i w 5 — po 4 ampułki. W 24 przypadkach stosowano Prontosil również w lewatywach.

Dla celów leczniczych podawano Prontosil 37 pacjentkom z gorączką powyżej 38°. Badań bakteriologicznych nie wykonywano. U 11 chorych leczonych Prontosilem gorączka trwała zaledwie 24 — 48 godzin; w przypadkach tych zastosowano Prontosil natychmiast gdy tylko gorączka po raz pierwszy przekroczyła 38°. Przy zapoczątkowaniu leczenia dopiero w 21. dniu po pierwszym podniesieniu się gorączki trzeba było do osiągnięcia spadku podwyższonej ciepłoty stosować Prontosil przez 11 dni. W 3 przypadkach ciężkiego zakażenia połogowego wzgl. zapalenia otrzewnej Prontosil nie mógł już uratować pacjentek. Ogółem na 37 leczonych przypadków w 28 stwierdzono pomyślny wpływ na przebieg choroby.

Jako przykłady leczniczego działania Prontosilu autor przytacza w streszczeniu kilka historyj chorób:

1. Chora H. M. 24.11.1934 samoistny poród w domu. Łożysko odeszło prawidłowo. W 3. dniu po porodzie nieznaczne podniesienie ciepłoty. Poczynając od 8. dnia połogu codziennie wieczorem wysoka gorączka do 40°. W 14. dniu połogu chora przybywa do kliniki. Odchody bardzo cuchnące, gorączka 40,1°, tętno 120. Natychmiast 2 ampułki Prontosilu. Następnego dnia ciepłota 36,5° — 36,6° — 37°. Jeszcze raz 2 ampułki Prontosilu. W dalszym przebiegu choroby gorączka nie przekracza 37°. W 8. dniu pobytu w klinice zator płucny, który znowu wywołał gorączkę. Powikłanie płucne zakończyło się pomyślnie. Pacjentka wypisała się jako zupełnie wyleczona.

2. Chora M. M. 4.6.1934 samoistny poród w domu. Łożysko odeszło samoistnie po 15 minutach. Od 5. dnia połogu gorączka. W 9. dniu post partum 40°. Od tego czasu stale wysoka gorączka. 24.6.1934, czyli po 15 dniach po pierwszym podniesieniu się ciepłoty, chora przybywa do kliniki. Leukocytoza 8400, Hb 65%. Per vaginam: srom zaczerwieniony. Ujście maciczne przepuszcza palec. Macica nieco większa od męskiej pięści, miękka, ustawiona w tyłozgięciu. 38,5°, tętno 80. Następnego dnia gorączka 37,6° — 39°. 6 ampułek po 5 cm^3 Prontosilu.Dawkę tę powtarzano w ciągu 4 kolejnych dni. Po 2 dniach leczenia Prontosilem gorączka nie przekracza już 37,5°. Jedynie w 9. dniu leczenia gorączka jeden tylko raz podniosła się do 38,5°. Pacjentka wypisała się wyleczona.

3. Chora H. C. 30.4.1934 samoistny poród w domu. 8.5.1934 przy pierwszym wstaniu wystąpiło krwawienie. 9.5.1934 rano wysoka gorączka, wobec czego chorą przewieziono do kliniki Przy badaniu podczas przyjęcia nie stwierdzono zmian w narządach wewnętrznych. Bolesność samoistna i uciskowa w podbrzuszu. Leukocytoza 20600. Hb 60%. Część pochwowa za spojeniem. Szyjka całkowicie rozwarta. Macica wielka, ustawiona w tyłozgięciu. W macicy wyczuwa się tkankę łożyskową. Ropny, gnilny wyciek. Leczenie zachowawcze (Rivanol dożylnie, ergotamina, środki nasercowe) pozostaje bez wpływu na stan pacjentki. Gorączka o przebiegu septycznym. 14.5.1934 ostrożne ręczne wydobycie resztek łożyska, gdyż chora bezustannie lekko krwawi. Hb 55%. W dalszym ciągu srebrowy błękit metylenowy, ergotamina, środki pobudzające i t. p. Pomimo to ciągle wysoka gorączka z dreszczami. 29.5. dreszcze dwukrotnie. Gorączka 40° — 35,8° — 37,6° — 40,8° — 38,1° — 39,3°. Stan ogólny bardzo zły. 30.5. — 40°. 6 ampułek Prontosilu po 5 cm^3. Następnego dnia 39,4°. Stan ogólny lepszy. Dreszcze nie powtarzają się. Tę samą dawkę Prontosilu zastosowano następnie jeszcze w ciągu 4 kolejnych dni. Gorączka jeszcze 2 razy podniosła się do 39°, a następnie nie przekraczała już 38°. W dalszym przebiegu ciepłota przez 6 dni utrzymywała się na poziomie zupełnie normalnym, gdy nagle 19.6.1934 znowu podniosła się do 38,2°. Następnego dnia 39°. 3 zastrzyki po 6 ampułek Prontosilu po 5 cm^3 dokonane w ciągu 3 kolejnych dni doprowadziły wreszcie do ostatecznego ustąpienia gorączki. Chora została wypisana jako wyleczona.

Dr VAN BOVEN, asystent szpitala położniczego w Antwerpii.

UŚPIENIE DOŻYLNE W POŁOŻNICTWIE.

(Referat według Revue des Progrès Thérapeutiques 1935, nr 12).

W ciągu ostatnich lat byliśmy świadkami różnych poszukiwań i prób, mających na celu wynalezienie lepszych sposobów usypiania ogólnego.

Niektórzy autorzy są nadal zwolennikami usypiania ogólnego zapomocą starych środków narkotycznych, zmieszanych w odpowiednim stosunku dla zmniejszenia do pewnego stopnia ich działania szkodliwego; inni lekarze chętnie stosują gaz rozweselający lub acetylen, które nie zyskały jednak w naszym kraju większego uznania.

W chirurgii jamy brzusznej i w położnictwie wielkie zastosowanie znalazło znieczulenie częściowe zapomocą wstrzykiwań dolędźwiowych. Krytyka wszystkich tych metod zaprowadziła by nas zbyt daleko. Zaznaczyć tu jednak należy, że znakomita większość lekarzy, którzy przeważnie stosowali chloroform, była bardzo zadowolona z jego działania; w szpitalu Maternité

w Antwerpii ani razu nie obserwowaliśmy żadnych poważniejszych powikłań związanych z usypianiem chloroformowym.

Dążenie nasze do wypróbowania nowej metody tłumaczyło się następującymi okolicznościami: jeżeli badamy przeszłość położniczą większości kobiet, to dowiadujemy się przeważnie o licznych przebytych narkozach, bądź to w związku z zastosowaniem kleszczy lub obrotu, bądź to w związku z poronieniami. Otóż u osób, które już były dawniej usypiane metodą inhalacyjną, narkotyzer ma zwykle dużo kłopotu i trudności wskutek odrazy pacjentek do eteru lub chloroformu albo też wskutek lęku przed wrażeniem duszenia się. Uważamy za bezwarunkowo wskazane, aby u rodzącej, często zdenerwowanej i wyczerpanej ciężką i długotrwałą pracą porodową, unikać w miarę możności tego niepożądanego urazu psychicznego. Poza tym narkoza eterowa lub chloroformowa wymaga pewnego czasu, a chore, które już były poprzednio usypiane, poddają się narkozie nieco trudniej. Otóż w przypadkach, w których osłabienie tonów płodowych zmusza nas do doraźnej interwencji, nie mamy często ani chwili czasu do stracenia. Przy usypianiu w klinice mamy zawsze do dyspozycji odpowiednie siły pomocnicze, niezbędne zwłaszcza w przypadkach dotyczących osób nerwowych i znajdujących się w stanie gwałtownego pobudzenia, natomiast w mieszkaniu prywatnym odczuwamy często brak pomocy, która by mogła utrzymać chorą spokojnie na stole. Wielką zaletą Evipanu-Natrium jest okoliczność, że nie wywołuje on okresu pobudzenia.

Następna przewaga dożylnego usypiania zapomocą Evipanu-Natrium nad innymi metodami narkozy polega na tym, że stosowanie Evipanu-Natrium nie wymaga, aby pacjentka była naczczo. Ma to szczególne znaczenie właśnie w położnictwie, gdy chore często nie są odpowiednio przygotowane do ewentualnego zabiegu. W dwóch przypadkach obserwowaliśmy wprawdzie wymioty, nawet podczas uśpienia; przyczyną tych wymiotów była jednak morfina, którą wstrzyknięto przed uśpieniem. Zasadniczo technika dożylnego usypiania zapomocą Evipanu-Natrium nigdy nie wymaga morfiny. Powikłań płucnych Evipan-Natrium nigdy nie wywołuje.

Evipan-Natrium jest związkiem pochodnym kwasu barbiturowego. Preparat znajduje się w sprzedaży w postaci ampułek zawierających jeden gram suchej substancji. Do każdej suchej ampułki dołącza się ampułkę przekroplonej dwukrotnie jałowej wody (10,5 cm^3), przeznaczonej do rozpuszczania proszku. Roztwór należy przygotować bezpośrednio przed uśpieniem. Wyjałowioną igłą pobieramy 10 cm^3 wody przekroplonej, którą wstrzykujemy następnie do ampułki zawierającej proszek krystaliczny Evipan-Natrium. Evipan-Natrium rozpuszcza się momentalnie w zwykłej temperaturze. Preperat stosuje się wyłącznie dożylnie. Wobec tego, że uśpienie następuje natychmiastowo, należy wstrzykiwać dopiero wtedy, gdy chirurg i jego asystenci są już całkowicie przygotowani do przystąpienia do zabiegu a pole operacyjne jest

odkażone i odgraniczone. Przeważnie jedno wstrzyknięcie okazuje się zupełnie dostateczne. Należy się starać, aby wstrzykiwać tylko tyle, ile potrzeba dla wywołania dostatecznego uśpienia. Należy jednak przy tym uświadomić sobie, że dawka niezbędna dla wywołania snu chirurgicznego jest indywidualna. Badania doświadczalne na zwierzętach wykazały, że skala dawki terapeutycznej Evipanu-Natrium jest bardzo duża i waha się od 25 miligramów na kilo wagi w doświadczeniach na kotach (dawka minimalna) do 100 — 110 mg (dawka śmiertelna). Wiadomo zaś, że spośród wszystkich zwierząt laboratoryjnych zachowanie się kota w stosunku do środków usypiających jest najbardziej zbliżone do warunków stwierdzanych u człowieka. Jak wykazują powyższe liczby otrzymane w doświadczeniach na kotach, Evipan-Natrium posiada współczynnik 4, co oznacza, że jeżeli dawka wywołuje uśpienie, to dopiero dawka czterokrotnie a nawet pięciokrotnie większa może wywołać zejście śmiertelne. Osobiście nie przekraczaliśmy nigdy dawki 10 cm^3.

Własne nasze spostrzeżenia dotyczą 150 przypadków usypianych zapomocą Evipanu-Natrium. Jesteśmy jednak zdania, że dawka nie jest bezwzględnie proporcjonalna do wagi. Również i wiek chorych, który w obserwacjach naszych wahał się od 16 do 45 lat, nie ma żadnego wyraźnego wpływu na wielkość dawki; wydaje się, że osobnicy młodzi, jako silniejsi i bardziej nerwowi, wymagają dawki większej.

Badania fizjologiczne nad snem normalnym dają nam mało wskazówek, które by można było wykorzystać w dziedzinie narkozy. Jest to zresztą zagadnienie bardzo zawiłe i jeszcze ostatecznie niewyjaśnione. Wiadomo jednak, że przy usypianiu wielką rolę odgrywa układ parasympatyczny, ułatwiając zahamowanie czynności układu ośrodkowego. Wagotonicy zasypiają łatwiej niż sympatykotonicy. W większości naszych przypadków badaliśmy odruch oczno-sercowy. W przypadkach, w których odruch ten wykazywał skłonność w kierunku wagotonii, potrzebna dawka Evipanu-Natrium zawsze była mniejsza, u sympatykotoników zaś potrzeba było stosować dawki większe.

Stosowaliśmy Evipan-Natrium dla narkozy krótkotrwałej przy następujących zabiegach: stosowanie kleszczy, wewnętrzny obrót na nóżkę, zatrzymanie łożyska, szew krocza, rewizja macicy po porodzie, skrobanie po poronieniach oraz cięcie cesarskie.

Sposób naszego pastępowania był następujący:

Wstrzykujemy do żyły w zgięciu łokciowym; pojemność strzykawki powinna wynosić 10 cm^3; tłok posuwamy bardzo wolno i bardzo regularnie z szybkością 1 cm^3 na pół minuty. Chora po 1½, 2 lub 3 minutach, czyli po wstrzyknięciu 3, 4 lub 5 cm^3 zapada w głęboki sen. Pacjentka odczuwa z początku zmęczenie, patrzy nieruchomo lecz już nie widzi, czasami głęboko już od pierwszej minuty wstrzykiwania.

Objawem umożliwiającym łatwe rozpoznanie chwili wystąpie
jest objaw szczęki dolnej, polegający na opadaniu żuchwy wsk

czenia mięśni żwaczy. Objaw ten wskazuje na dawkę zapoczątkowania uśpienia; dla wywołania całkowitego uśpienia ogólnego wystarcza wstrzyknąć jeszcze dawkę równą tej, którą chora już otrzymała; tłok strzykawki posuwamy równie wolno jak poprzednio t. j. z szybkością 1 cm^3 na 30 sekund.

Dawki stosowane przez nas wahały się od 6 do 10 cm^3, dawki 10 cm^3 nie przekroczyliśmy ani razu. Przed rozpoczęciem operacji czekaliśmy czasem 1 lub 2 minuty, nigdy dłużej. Obudzenie się następowało zawsze po upływie 15 — 20 minut, czyli w czasie wystarczającym do wykonania jednego z powyżej wymienionych zabiegów.

Evipan-Natrium nie wywołuje okresu pobudzenia, czasami spostrzegaliśmy lekkie drżenie, trwające 10 do 15 sekund lub jedno albo dwa wstrząśnięcia kloniczne, występujące zwykle wtedy, gdy uśpienie już było całkowite.

Podczas uśpienia źrenice są lekko rozszerzone. Odruch rogówkowy jest zniesiony, źrenice reagują słabo na światło. Tętno przyspiesza się nieznacznie lecz zostaje pełne i miarowe. Oddech zwalnia się, jest jednak zupełnie spokojny, nie jak przy uśpieniu eterowym lub chloroformowym. Nieraz obserwowaliśmy lekką sinicę policzków i warg bez żadnych jednak, choćby nawet wstępnych objawów istotnego bezdechu. Stan chorej nigdy nie wzbudzał w nas żadnego niepokoju i ani razu nie potrzebowaliśmy zwracać się do Coraminy, Icoralu lub w ogóle jakiegokolwiek środka pobudzającego czynność serca. Ta sinica policzków i warg, występująca na początku uśpienia, znika następnie szybko i zupełnie samoistnie. Sinica ta tłumaczy się krótkim okresem bezdechu występującego czasem na samym początku uśpienia. Po tym okresie bezdechu następuje okres oddychania przyspieszonego i bardziej powierzchownego. Wkrótce potem oddychanie odzyskuje swój wolny i prawidłowy rytm jak podczas normalnego snu. Te trzy okresy następują bardzo szybko jeden po drugim w ciągu 2 — 3 minut.

Co się tyczy ciśnienia krwi, to zmienia się ono nie według określonych prawideł. Dość często stwierdza się gwałtowny lecz szybko przemijający spadek ciśnienia, które po 2 — 3 minutach znowu się podnosi. Najczęściej ciśnienie obniża się o 15 do 30 mm Hg, to znaczy prawie w takich samych granicach jak przy śnie normalnym.

W chwili budzenia się, czyli po upływie 15 — 20 minut narkozy, tętno zwalnia się, wdechy stają się głębokie; pierwsza powraca wrażliwość skóry i wywołuje odruchowe ruchy obronne. Czasami chora ziewa i krzyczy głośno i po-

woli. Budzenie się trwa około 10 minut. Często stwierdza się płaczliwość i powolne ruchy kończyn podobne do przeciągania się po obudzeniu z głębokiego snu. Po całkowitym odzyskaniu świadomości pacjentki nie przypominają sobie nic z tego, co zaszło od chwili wstrzyknięcia i często zupełnie nie chcą wierzyć, że zabieg chirurgiczny już wykonano. Obserwowaliśmy kilka przypadków, w których chore z powodu zastosowania niedostatecznej dawki poruszały się podczas zabiegu i krzyczały, że czują ból, jednakże po obudzeniu się z uśpienia nie przypominały sobie już nic, co się z nimi działo i zachowywały zwykle o znieczuleniu i o operacji miłe wspomnienie. Ten stan niezwykłej euforii pooperacyjnej nie zostaje zakłócony przez wymioty, które zdarzają się jedynie wyjątkowo, wyłącznie w związku z zastosowaniem morfiny. Na bóle głowy chore nie skarżyły się wcale, ani w dniu operacji, ani później; bóle głowy nie występowały nawet w przypadkach białkomoczu.

Cząsteczka Evipanu-Natrium ulega rozkładowi w wątrobie. Stosowanie Evipanu-Natrium nie wywoływało żadnych klinicznych zaburzeń wątrobowych; poza tym badaliśmy zawartość urobiliny w moczu, która pozostawała bez zmiany. Autorzy francuscy badali systematycznie wydolność czynnościową wątroby przed i po uśpieniu i nie stwierdzili przy tym żadnych uchwytnych zmian. W każdym razie w przypadkach wyraźnych starych zaburzeń wątrobowych należy jednak wstrzykiwania Evipanu-Natrium uważać za stanowczo przeciwwskazane.

Zaburzeń płucnych uśpienie evipanowe nie wywołało ani razu; zaznaczyć tu jednak należy, że nie mieliśmy sposobności stosowania uśpienia dożylnego u chorych gruźliczych.

Wstrzykiwania Evipanu-Natrium nie wywoływały zmian w żyłach, ani stwardnień i zakrzepów. Przeniknięcie Evipanu-Natrium do podskórnej tkanki okołożylnej przy nieudanym technicznie wstrzyknięciu nie wywoływało poważniejszych zaburzeń miejscowych ani też bólu, palenia lub wytworzenia się owrzodzenia.

Ze względu na szybkość wydzielanie się preparatu z ustroju toksyczność jego jest minimalna.

Na zakończenie pozwolę sobie tu przytoczyć jeszcze kilka szczegółów z naszych obserwacyj nad działaniem dożylnego usypiania zapomocą Evipanu-Natrium:

Pęknięcie krocza wskutek zastosowania kleszczy: zaszycie zakończono zanim chora się obudziła, to jest w 25 minut.

Po skrobaniach krwawienie nie było większe.

Zatrzymanie łożyska wskutek skurczu pierścienia *Bandla:* na ogół osiągaliśmy zwiotczenie pierścienia, jednakże w jednym przypadku musieliśmy zwrócić się dodatkowo do chloroformu.

Przypadek ciężkiej pląsawicy: po wstrzyknięciu 10 cm^3 roztworu wystąpiło w ciągu jednej minuty całkowite uśpienie; w przypadku tym sen, z pozoru zu-

pełnie normalny, trwał jeszcze przez 5 godzin po zabiegu bez żadnych niepożądanych lub szkodliwych objawów.

Po porodach w uśpieniu evipanowym nie obserwowaliśmy ani razu żadnych objawów szkodliwego wpływu na płód, jak asfiksja lub drgawki. Noworodki zaczynały natychmiast krzyczeć jak po porodzie normalnym i to nawet w przypadkach porodów kleszczowych zastosowanych z powodu zwolnienia tonów serca.

Wnioski.

Na podstawie naszego doświadczenia doszliśmy do wniosku, że uśpienie dożylne zapomocą Evipanu-Natrium posiada następujące cenne zalety:

1. Łagodne, bez żadnych wrażeń przejście ze stanu świadomości do głębokiego snu, z zupełnym wyłączeniem okresu pobudzenia, strachu, duszności. Możliwie największe oszczędzanie psychiki chorych, którzy nie zachowują żadnych wspomnień o dokonanym zabiegu chirurgicznym, bez względu na zachowanie się podczas uśpienia i budzenia się.
2. Stan pooperacyjny jest bardzo miły, bóle głowy, mdłości i wymioty zdarzają się wyjątkowo rzadko.
3. Szybkość i łatwość stosowania. Technika usypiania jest prostsza niż przy innych metodach narkozy.
4. Szybkość wydalania ogranicza toksyczność preparatu do minimum.
5. Przeciwwskazania są takie same jak przy innych sposobach ogólnego usypiania: ciężkie choroby płucne, daleko posunięta niedomoga wątroby.

Dr. EDGAR WÖHLISCH. Zakład Fizjologii w Würzburgu.

DALSZE POSTĘPY NAUKI O GRUPACH KRWI.

(Referat według Kinderärztliche Praxis 1936, nr 7).

Oprócz klasycznych grup krwi (O, A, B, AB) oraz później wykrytych dalszych grup (A_1, A_2, A_1B, A_2B) istnieją, jak to wykazały nowsze badania, jeszcze inne cechy grupowe krwi, a mianowicie M, N, MN i P. Obecność tych ostatnio wykrytych cech można wykazać jedynie w drodze imuno-biologicznej (przez wstępne przygotowanie królików krwią ludzką). Czynnik P występuje, jak się zdaje, częściej u ras kolorowych niż u ludzi białych. Receptory M i N posiadają obecnie już praktyczne znaczenie sądowo-lekarskie.

Nowe receptory M i N są podobnie jak receptory klasycznych grup A i B dziedziczne lecz są od tamtych zupełnie niezależne. Mogą one występować u ludzi oddzielnie lub łącznie. Jednoczesny brak obu receptorów tak jak w klasycznej grupie O nie zdarza się wcale. W ten sposób poznaliśmy 3 nowe grupy: M, N i MN. 50% ludności niemieckiej należy do grupy MN, 30% do M, 20%

do N. Cechy swoiste grup krwi występują nie tylko w surowicy lub w krwinkach czerwonych lecz prawie we wszystkich komórkach narządowych, wydzielinach i wydalinach a także w nasieniu i w ślinie.

Preformowanych aglutynin przeciw receptorom nowych grup krwi we krwi nie ma, wobec czego nie zachodzi potrzeba uwzględniania ich przy przetaczaniu krwi. Istnieją wszystkie możliwe kombinacje obu postaci receptorów. Jeżeli weźmiemy pod uwagę tylko 4 grupy klasyczne, to otrzymamy 12 serologicznych typów ludzkich.

1	O, M	4	A, M	7	B, M	10	AB, M
2	O, N	5	A, N	8	B, N	11	AB, N
3	O, MN	6	A, MN	9	B, MN	12	AB, MN

Jeżeli uwzględnimy przy tym jeszcze cechy różnicowe A_1 i A_2 to otrzymamy 18 różnych typów. W sprawach sądowych o dochodzeniu ojcostwa przy stosowaniu jednocześnie nowych i starych grup krwi można wyłączyć „ojca niewłaściwego" w 35 — 40% przypadków. Przy wyłącznym stosowaniu klasycznych grup krwi było to możliwe tylko w 15%.

Dr E. MOSETTIG. Klinika Położnicza w Salzburgu.

W SPRAWIE ORASTHINY.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1936, nr 46).

W pracy swej autor opiera się na materiale klinicznym 770 porodów obserwowanych w klinice położniczej w Salzburgu. 600 porodów przebiegało w położeniu potylicznym; pozostałe 170 były to porody w położeniu pośladkowym i w różnych innych nieprawidłowych położeniach, przy wąskiej miednicy, oraz porody zakończone operacyjnie. W grupie potylicznych było 262 pierwiastek i 338 wieloródek; jedynie ta grupa była dostatecznie liczna, aby ją można było wykorzystać dla celów statystycznych. Spośród pierwiastek leczono 94 środkami wzmacniającymi bóle porodowe; w 168 przypadkach nie zastosowano żadnych leków. Spośród 338 wieloródek tylko 110 otrzymało środki pobudzające skurcze maciczne. Przeciętny czas trwania porodu był następujący: pierwiastki leczone środkami wzmacniającymi bóle — 14 godzin, nieleczone — 12 godzin, wieloródki zarówno leczone jak i nieleczone — 6 godzin. Wyniki te na pozór wydają się niezwykłe, lecz w przypadkach leczonych mieliśmy przecież do czynienia z porodami, które bez odpowiedniej interwencji trwałyby z pewnością znacznie dłużej.

Spośród 204 rodzących, leczonych środkami pobudzającymi bóle, 135 otrzymało Orasthinę, 50 thymophysinę, i 19 całkowity wyciąg tylnego płata przysadki. W 103 przypadkach działanie było umiarkowane i przeminęło po krótkim czasie. Działanie thymophysiny w 39 przypadkach było dobre, w 11 —

słabsze. Działanie tylnego płata przysadki było 14 razy dobre, 5 razy umiarkowane. Stosunek odsetkowy wyników dobrych i złych był przy wszystkich 3 preparatach w przybliżeniu jednakowy. Spośród 32 przypadków odpornych na działanie Orasthiny wstrzyknięto 12 kobietom thymophysinę a 20 wyciąg tylnego płata przysadki. Odczyn wyraźnie przewyższający działanie Orasthiny stwierdzono pod wpływem thymophysiny 9 razy a pod wpływem przysadki — 7 razy. W przypadkach pozostałych żadnej różnicy w działaniu nie było. Spośród 11 przypadków odpornych na działanie thymophysiny 5 otrzymało Orasthinę, w tym 4 z wynikiem dobrym. Spośród 5 rodzących odpornych na działanie tylnego płata przysadki zastosowano u 2 thymophysinę (1 wynik dobry) i u 3 Orasthinę (2 dobre wyniki).

Spośród 24 porodów pośladkowych zastosowano w 10 przypadkach środki lecznicze a mianowicie wyłącznie Orasthinę. 5 razy wystarczyło jedno wstrzyknięcie, 3 razy trzeba było zastrzyk powtórzyć, w 2 przypadkach wstrzyknięto dodatkowo jeszcze wyciąg tylnego płata przysadki. W 9 przypadkach położenia czołowego zastosowano Orasthinę 3 razy, w 6 przypadkach położenia twarzyczkowego 1 raz; wyniki okazały się bardzo pomyślne. Odsetek porodów z wąską miednicą był mały (9 przypadków). W przypadkach, w których autor dążył do samoistnego odbycia się porodu, próbowano przyspieszyć wejście główki do miednicy za pomocą kilkakrotnego powtarzania wstrzykiwań Orasthiny; ani razu nie stwierdzono przy tym istotnego pogorszenia się tonów serca, — w 3 przypadkach nastąpił poród samoistny.

W przypadkach stosowania kleszczy, w których ważne jest osiągnięcie szybkiego wyniku, można wstrzykiwać Orasthinę również dożylnie, jednakże nie wcześniej, zanim próbne pociągnięcie dobrze założonych kleszczy wykaże podatność ruchów główki; przy położeniach pośladkowych — jeżeli jednocześnie podejrzewamy zwężenie miednicy — wolno zastosować Orosthinę dożylnie, dopiero wtedy, gdy główka przeszła już przez miednicę, gdyż w przeciwnym przypadku może dojść do ciężkiej asfiksji dziecka. Zwłaszcza w przypadkach tego rodzaju Orasthina ze względu na swój brak działania wstrząsowego okazała się środkiem wprost idealnym. Na 770 porodów stwierdzono w 40 przypadkach zaburzenia poporodowe: 10 silniejszych krwawień udało się opanować za pomocą wstrzyknięcia, 10 razy trzeba było zastosować forsowne wyciskanie łożyska, 6 razy dokonano zabiegu ręcznego odłączenia łożyska, w 4 przypadkach usunięto z macicy zatrzymane resztki łożyska, w 10 przypadkach miały

miejsce atoniczne krwawienia poporodowe. Przy krwawieniach wstrzyknięcie Orasthiny w dawce 3 — 6 a czasem nawet do 10 jednostek Voegtlina refracta dosi lub odrazu, częściowo domięśniowo, częściowo dożylnie, dawało doskonałe wyniki lecznicze. Jedynie przy krwawieniach atonicznych autor odniósł wrażenie, że jeżeli dożylne wstrzyknięcie Orasthiny nie dawało pożądanego wyniku, to następcze dożylne zastosowanie wyciągu tylnego płata przysadki wywoływało lepszy skurcz macicy.

W 100 przypadkach poronień stosowano naprzemian jednakowe dawki wyciągu tylnego płata przysadki i Orasthiny; w 90% nie stwierdzono żadnej różnicy działania. Jednak u niewielkiej liczby pacjentek krwawienie uspokoiło się zupełnie dopiero po wstrzyknięciu wyciągu tylnego płata przysadki.

Zalety Orasthiny przy rzucawce porodowej są powszechnie znane. Już choćby trudności wczesnego rozpoznania skłonności do eklampsji i zupełnie nieoczekiwane występowanie napadów u pacjentek pozornie zdrowych, upoważniają dostatecznie, aby powszechnie stosować wyłącznie Orasthinę, jako środek najodpowiedniejszy.

Dr DEM. PAPASOTIRIOU, Ateny — Pireus.

LECZENIE NIEŻYTÓW POCHWY.

(Referat według Deltion 1936, nr 1).

Autor obserwował na II klinice ginekologicznej uniwersytetu wiedeńskiego przeszło 100 kobiet cierpiących na nieżyt pochwy. Jako środek leczniczy stosowano Devegan. Wyniki okazały się nadzwyczaj pomyślne. Działanie lecznicze Deveganu nie zawodziło również w tych przypadkach, w których trichomonad nie znajdywano. Wyleczenie było ostateczne i bez nawrotów. Na początku leczenia oczyszczano pochwę od większych zanieczyszczeń roztworem Hydrargyri oxycyan. + błękit metylenowy, wysuszano i obficie jodynowano. Następnie wprowadzano do tylnego sklepienia pochwy 1 do 3 tabletek Deveganu. Dawkę uzależniano od obfitości upławów i stopnia czystości wydzieliny. Przeważnie stosuje się Devegan codziennie, w przypadkach łagodniejszych co drugi dzień. Już po 1 lub 2 zabiegach ilość wydzieliny zmniejsza się wrażenie palenia ustępuje. Dla uniknięcia wypadania tabletek wprowadza się po ich włożeniu do pochwy tampon, który się wieczorem usuwa. Nazajutrz rano po zabiegu pacjentka przyjmuje obojętną nasiadówkę. Leczenie to stosuje się w ciągu 3 — 4 tygodni. Następnie badano wydzielinę powtórnie, przy czym w większości przypadków stwierdzano I stopień czystości.

Leczenie należy kontynuować bez przerwy aż do osiągnięcia i utrwalenia tego stopnia czystości i jeszcze przez pewien czas, aby zabezpieczyć się przed możliwością nawrotu.

Powyżej opisaną metodę leczenia, stosowaną na II klinice ginekologicznej uniwersytetu wiedeńskiego, autor wypróbował następnie w swej praktyce w Atenach. Dotychczasowe spostrzeżenia autora dotyczą 10 pacjentek dotkniętych nieżytami pochwy i sromu (Colpitis, Vulvovaginitis). Wyniki stosowania Deveganu okazały się znakomite. Jako typowe przykłady autor przytacza w streszczeniu 4 historie chorób:

1. Chora lat 30. Od 4 dni ropne upławy. Palenie w pochwie podczas oddawania moczu. Badanie przedmiotowe: Intertrigo-Vulvitis, ponadto obfite wydzielanie z zapalnie zmienionej pochwy (Colpitis). III. stopień czystości. Zastosowano następujące leczenie: Hg. oxycyan., jodynowanie, Devegan, pendzlowanie sromu 1%-owym roztworem Argenti nitrici, przysypywanie talkiem. Po 6 dniach wydzielanie zmniejszyło się znacznie, odparzenie zaś ustąpiło prawie zupełnie. Badanie wydzieliny wykazało I. stopień czystości. Badanie kontrolne wydzieliny pochwowej dokonane po 25 dniach wykazało trwałość poprawy i ustalenie się I. stopnia czystości.

2. Chora lat 32, od kilku lat upławy. Nieżyt pochwy. Upławy drugiego stopnia czystości. Po 14-dniowym leczeniu Deveganem I. stopień czystości i ustąpienie upławów. Wyleczenie.

3. Chora lat 34. Rodziła 3 razy. Od roku palące bóle w sromie, ropne upławy. III. stopień czystości. Po miesięcznym stosowaniu Deveganu ustąpienie wszystkich objawów chorobowych i zupełne wyleczenie.

4. Chora lat 26, poród przed dwoma laty. Od tego czasu obfite żółte upławy i palenie w sromie. Badanie wydzieliny wykryło obecność licznych trichomonad i III. stopień czystości. Po 18 dniach leczenia Deveganem upławy ustąpiły. I. stopień czystości wydzieliny pochwowej.

Również we wszystkich pozostałych przypadkach już stosunkowo krótkotrwałe stosowanie Deveganu dawało nadzwyczaj pomyślne wyniki lecznicze i usuwało całkowicie wszelkie objawy chorobowe.

Dr F. CAESAR. Szpital Powiatowy Niebüll (Szlezwig).

SPOSTRZEŻENIA NAD DZIAŁANIEM ZEPHIROLU.

(Referat według Fortschr. Ther. 1935, nr 4).

Zephirol jest to nowy wodny roztwór mieszaniny wysokodrobinowych chlorków amono-alkilo-dwumetylo-benzylowych. Jest to przezroczysty, żółtawo-biały płyn, mocno pieniący się przy wstrząsaniu. 1%-owy roztwór do odkażania rąk i 10%-owy roztwór do wyjaławiania instrumentów mają przyjemny zapach, zbliżony do zapachu wody kolońskiej; zapach ten po kilku minutach znika.

Bakteriologowie stwierdzili, że Zephirol nawet w rozcieńczeniach 1 : 500 do 1 : 1000 zabija najpóźniej w ciągu 5 minut wszystkie zarazki chorobotwórcze. W szpitalu powiatowym w Niebüll odkaża się Zephirolem ręce w następujący sposób: przez 10 minut myje się ręce wodą, szczotką i mydłem, przez 4 minuty Zephirolem (roztwór 1 : 100), przez 1 minutę bezwodnym alkoho-

lem. Postępowanie to gwarantuje całkowitą aseptykę i wcale nie drażni rąk, które zawsze pozostają miękkie. Jedna z sióstr asystujących przy operacjach, miała ręce nadzwyczaj wrażliwe na sublimat i inne środki odkażające; od czasu stosowania Zephirolu siostra ta ani razu nie dostała objawów podrażnienia skóry na rękach. Dla celów leczniczych stosowano Zephirol między innymi również przy rozległej sporotrichozie skóry; okłady zwilżano 1‰-owym roztworem; tolerancja Zephirolu była doskonała. Do płukania pochwy stosuje się rozcieńczenie 1 : 200, którego działanie oczyszczające i odkażające okazało się doskonałe.

Dla odkażania instrumentów wkłada się je do roztworu 1 : 10. Instrumenty nieuodpornione przeciwko rdzewieniu najlepiej po 20 minutach wyjąć i wysuszyć serwetą. Przed powtórnym użyciem wkłada się je znowu na 5 minut do roztworu odkażającego. Instrumenty ze stali nierdzewiejącej można przechowywać w roztworze Zephirolu dowolnie długo (Dodanie 1% azotynu sodu chroni przed rdzewieniem).

Dr G. FRANKE, Berlin.

ICORAL-NOWY ŚRODEK POBUDZAJĄCY ODDYCHANIE I KRĄŻENIE.

(Referat według Therap. der Gegenwart 1933, nr 10).

Leczenie zapaści polega na skutecznym pobudzaniu ważnych dla życia ośrodków nerwowych (przez odruchowo działające bodźce skórne, wdychanie dwutlenku węgla, kofeinę i alkohol, strychninę i kamforę). Icoral przedstawia przy leczeniu zapaści środek znacznie skuteczniejszy niż wszelkie dotychczasowe preparaty analeptyczne, gdyż działa na ośrodek oddechowy o wiele silniej niż lobelina i opróżnia drogą skurczu naczynia obwodowe energiczniej niż preparaty adrenalinowe. *Weese* (Klin. Wschr. 1933, nr 21) dochodzi na podstawie badań wykonanych na zwierzętach do wniosku, że Icoral ze względu na długotrwałe pobudzanie ośrodka oddechowego i bezpośrednie tonizowanie krążenia krwi nadaje się doskonale do doraźnego przezwyciężenia pooperacyjnej lub toksycznej zapaści oraz stanów zatrucia preparatami morfinowymi i środkami nasennymi. *Schoen* i *Lemmel* (Klin. Wschr. 1933, nr 21) stwierdzili, że Icoral usuwa na dłuższy czas skurcze dodatkowe. Dawka dostateczna wynosi przeciętnie 1 — 1,5 cm^3, jednakże chorym nieprzytomnym można bez zastrzeżeń wstrzykiwać 2 cm^3. Icoralu nie należy wstrzykiwać częściej niż co 2 godziny. W przypadku ciężkiego zatrucia morfiną (0,45 g) u osoby poprzednio do morfiny zupełnie nieprzyzwyczajonej, osiągnięto zwrot ku poprawie po 12-godzinnym leczeniu olbrzymimi dawkami różnych środków ana-

leptycznych, spośród których najenergiczniej działał Icoral. Icoral wpływał pomyślnie również na przebieg zapalenia płuc.

Głównym wskazaniem do stosowania Icoralu jest przede wszystkim grożąca zapaść. *Frank* (Dtsch. Med. Wschr. 1933, nr 20) stosował Icoral zarówno domięśniowo jak i dożylnie do 5 razy w odstępach co 45 — 50 minut w 16 przypadkach bardzo ciężkich zatruć. Chorzy znosili domięśniowe wstrzykiwania Icoralu w dawkach dochodzących do 2,5 cm^3 bez żadnych przykrych objawów działania ubocznego. *Ercklentz* (Münch. Med. Wschr. 1933, nr 21) stosował Icoral z bardzo pomyślnymi wynikami w przypadkach zapaści, zaburzeń krążenia i różnych zatruć. Domięśniowe wstrzykiwania 1 — 2 cm^3 ujawniały swój wpływ na tętno, oddech, ciśnienie krwi i wygląd chorego najwyżej po 2 — 5 minutach, stosowanie dożylne (0,5 cm^3) działało wprost doraźnie już po 10 — 30 sekundach. Często wystarczało jedno tylko wstrzyknięcie, aby usunąć grożące niebezpieczeństwo, w innych przypadkach zachodziła potrzeba częstego i długotrwałego stosowania Icoralu, który można wstrzykiwać bez obawy co ½—1 godz. — Icoral oddawał następnie cenne usługi lecznicze w przypadkach niewyrównania krążenia sercowo-naczyniowego, przebiegającego ze zmniejszeniem ilości krwi krążącej, przy zapaleniach płuc, a zwłaszcza przy zatruciach środkami nasennymi i gazem świetlnym. Icoral jest również wskazany przy zapaści krążeniowej u hipertoników. *Schuntermann* (Klin. Wschr. 1933, nr 24) leczył Icoralem 5 chorych zatrutych tlenkiem węgla i stwierdził, że również i w tym przypadku Icoral pogłębia i przyspiesza oddech, podnosi ciśnienie krwi i zwalnia tętno. Na uwagę zasługuje poprawa przyspieszonego oddechu w przebiegu zapalenia płuc pod wpływem Icoralu. Zmniejszenie częstości oddychania przy jednoczesnym pogłębianiu poszczególnych oddechów oznacza przy zapaleniu płuc nie tylko znaczną ulgę podmiotową dla chorego lecz ważne odciążenie krążenia. Przy silniejszej sinicy jest wskazane, aby krew zalegającą zastoinowo w podbrodawkowych splotach skóry wprowadzić do ogólnego krążenia. W tym celu można z powodzeniem zastosować Tonephinę z Icoralem, zmieszane w jednej strzykawce i rozcieńczone w 10 cm^3 fizjologicznego roztworu soli kuchennej; w przypadkach nagłych wstrzykuje się je powoli, a w przypadkach pozornie rozpaczliwych stosuje się nawet dosercowo (bez uprzedniego rozcieńczenia). W ten sposób udało się przywrócić dwóch chorych na zapalenie płuc z wygasłymi już odruchami i oddechem *Cheyne-Stokesa* z głębokiej śpiączki do świadomości. Czas działania Icoralu waha się zależnie od ciężkości choroby od 1 do 3 godzin i może być zwłaszcza przy zatruciach zewnątrzpochodnych jeszcze krótszy. Toksyczność Icoralu jest niewielka. Przy zapaleniach płuc wstrzykiwano domięśniowo do 24 cm^3 w ciągu doby i do 205 cm^3 w ciągu 15 dni bez żadnych niepożądanych objawów. Dożylnych wstrzykiwań nierozcieńczonego Icoralu lepiej unikać. *Regenbogen* (Med. Klinik. 1933, nr 36) stosował Icoral przy zatruciach kwasem barbiturowym, morfiną, tlenkiem węgla i skopolaminą.

W 3 — 5 minut po wstrzyknięciu domięśniowym i w kilka sekund po rozpoczęciu wstrzykiwania domięśniowego podnosiło się ciśnienie skurczowe i rozkurczowe w jednakowym stopniu, tętno stawało się pełniejsze, a często również i wolniejsze, oddech pogłębiał się wyraźnie. Działanie po wstrzyknięciu domięśniowym utrzymywało się 40 — 50 minut, po wstrzyknięciu dożylnym 20 — 30 minut. Wszystkich zatrutych pacjentów, a wśród nich jednego zatrutego 350 mg skopolaminy, udało się uratować pomimo znacznego już osłabienia oddychania i krążenia. *Eckstein* (Zschr. Kinderheilk. 1933, nr 3/5) leczył Icoralem asfiksję dzieci przedwcześnie urodzonych. Dawka lecznicza wynosi tu 1 cm^3 domięśniowo. Działanie zaczyna się przeciętnie w 4 minuty po wstrzyknięciu i trwa przez 35 — 60 minut. Oddech przyspiesza się i pogłębia, czasami występowała czkawka (oddychanie kurczowe!), częściej oddech falujący (podrażnienie przepony!). Za nielicznymi wyjątkami stwierdzono zawsze działanie szybkie i długotrwałe, które prowadziło do ustąpienia asfiksji. W razie wystąpienia nowych napadów asfiktycznych powtórne wstrzykiwania Icoralu znowu przywracały oddech; objawów przyzwyczajenia ani kumulacji nie obserwowano. *Bremer* (Zbl. Chir. 1935, nr 24) stosował Icoral u przeszło 60 chorych z pooperacyjnym osłabieniem krążenia, stanami zapaści i wstrząsu. W 3 — 5 minut po wstrzyknięciu tętno wzmacniało się wyraźnie. Jednoczesne przyspieszenie i pogłębienie oddechu skłoniło *Bremera* do stosowania Icoralu nie tylko przy zaburzeniach związanych z uśpieniem, lecz również po operacji przy wszystkich większych zabiegach. Każdorazowo osiągano pogłębienie oddechu, poprawę ukrwienia płuc i być może szybsze obudzenie się z narkozy. Chorzy, którym wskutek operacji lub wskutek pooperacyjnych powikłań płucnych groziło poważniejsze niebezpieczeństwo, otrzymywali codziennie przez szereg dni domięśniowe zastrzyki Icoralu. Zapobiegawcze stosowanie Icoralu chroniło do pewnego stopnia przed powikłaniami, lecznicze zaś stosowanie wpływało pomyślnie na przebieg tych powikłań i przyspieszało wyleczenie.

Gissel (Fortschr. Ther. 1933, nr 6) stosował Icoral z powodzeniem u 40 chorych znajdujących się w stanie zapaści wskutek różnych zatruć i chorób zakaźnych. U dwóch chorych z ciężkim zapaleniem otrzewnej wstrzykiwano Icoral co godzinę w ciągu 2 dni w dawkach po ½ — 2 cm^3; wyniki okazały się bardzo pomyślne. Również i przy ogólnym osłabieniu krążenia w związku z długotrwałymi większymi zabiegami operacyjnymi Icoral skutecznie wzmacniał obieg krwi. Tolerancja Icoralu jest bardzo dobra, nawet dzieci znosiły 1 — 2 cm^3 bez żadnych zaburzeń.

Dr H. KAISER. Bad Hall i I Klin. Chor. Wewn. w Wiedniu.

PRZYCZYNEK DO LECZENIA CHORÓB STAWOWYCH PYRAMIDONEM.

(Referat według Med. Klinik 1936, nr 46).

W ciągu ostatnich dwóch lat na I. klinice chorób wewnętrznych uniwersytetu wiedeńskiego stosowano leczenie chorób stawowych Pyramidonem w rozmiarach znacznie większych niż dawniej. Istota tego leczenia jest powszechnie znana: podaje się duże dawki Pyramidonu (według *Schottmüllera* 1,5 — 3 g na dobę) przez czas dostatecznie długi; w niektórych przypadkach należy preparat stosować bez przerwy w ciągu tygodni lub nawet miesięcy. Wskazane jest, aby również po ustąpieniu objawów chorobowych Pyramidonu odrazu nie odstawiać, lecz podawać go nadal w stopniowo coraz mniejszych dawkach. Według *Schottmüllera* można dopiero wówczas mówić o odporności danego przypadku na leczenie Pyramidonem, gdy w ciągu 3 — 6 dni podawano go bez wyniku w dawkach po 2 — 3 g dziennie.

Materiał obserwacyjny autora składał się z 73 chorych klinicznych (31 przypadków zapalenia wielostawowego ostrego, 6 — podostrego, 8 — pierwotnie przewlekłego, 11 — wtórnie przewlekłego i 4 zniekształcającego oraz 13 innych zakażeń stawowych). Ilość chorych ambulatoryjnych wynosiła 123 (3 przypadki zapalenia wielostawowego podostrego, 56 — pierwotnie przewlekłego, 11 — wtórnie przewlekłego i 3 — zniekształcającego, 27 innych zakażeń stawowych, 16 zapaleń jednostawowych i 7 nie dających się dokładnie określić schorzeń reumatycznych). Wszyscy chorzy otrzymali conajmniej 1,2 g Pyramidonu dziennie, największa dawka dobowa wynosiła 3 g. Czas leczenia wahał się od 8 — 10 dni aż do 6 miesięcy lub nawet jeszcze więcej; w poszczególnych jednak przypadkach poprawa następowała również w czasie krótszym niż 8 dni. Tolerancja była na ogół dobra. Jedynie w wyjątkowych przypadkach wystąpienie wysypki lub dolegliwości żołądkowych i zawrotów głowy zmuszało do przerwania leczenia pyramidonowego.

Podobnie jak przy innych sposobach leczenia, a zwłaszcza przy stosowaniu preparatów salicylowych, najlepsze wyniki osiąga się w przypadkach ostrych i świeższych schorzeń stawowych. Spośród 196 pacjentów należało wyłączyć ze statystyki 28 chorych leczonych ambulatoryjnie, gdyż przerwali leczenie przedwcześnie. Z pozostałych 168 stwierdzono wyleczenie w 25 przypadkach, a poprawę w 76. Pozostali chorzy nie reagowali na leczenie Pyramidonem. Jeżeli uwzględnimy, że schorzenia stawowe przedstawiają często cierpienie o przebiegu przewlekłym i odporne nierzadko na wszelkie zabiegi lecznicze, to należy uznać nasze wyniki za zadowalające.

Wypróbowane recepty

PYRAMIDON

Rp. Chinini hydrochlor. 0,3
Pyramidoni orig. 0,2
Coffein. Natr. benzoic. 0,25
M. f. p. D. tal. dos. No. X ad caps. amyl.

S. 3 — 4 razy dziennie po 1 proszku. Stosowanie: dla zapobiegania powikłaniom przy chorobach z zaziębienia.

Rp. Pyramidoni orig. 1,0
Luminal - Natrii orig. 2,0
Sirup. Rub. Idaei 20,0
Aq. dest. ad 200,0
M. D. S. 3 razy dziennie po łyżce stołowej.

Przy bólach po zabiegach chirurgicznych.

Rp. Pyramidoni orig. 1,5
Aq. dest. 130,0
Sir. Rub. Idaei 15,0
M. D. S. co 2 godziny po łyżce stołowej.

Przy bólach głowy i kończyn, rwie kulszowej i nerwobólach.

Rp. Pyramidoni orig. 2,0
Pantocaini 0,06
Aq. Laurocer. 60,0
D. S. Do wziewań.

Przy gruźlicy krtani.

Rp. Pyramidoni orig. 1,0
Sir. spl. 20,0
Aq. dest. ad 100,0

S. 3 razy dziennie po łyżeczce do herbaty.
Przy wzdęciach i bólach kiszkowych osesków.

Rp. Pyramidoni orig. 0,3—0,4
Ol. Cacao 1,0
ut. fiant suppos.
D. t. dos. VI.

Przy dolegliwościach kurczowych, zapaleniu miedniczek nerkowych, kolce żółciowej.

Rp. Pyramidoni orig. 0,5
D. t. dos. VII in obl.
4 — 6 razy dziennie po 1 proszku.
Przy reumatyzmie stawowym.

Rp. Pyramidoni orig. 0,3
Aspirini orig. 0,5
M. f. plv. D. t. dos. VI in obl.
S. W razie potrzeby po 1 proszku.
Przy bólach reumatycznych, bólu głowy i zębów.

Rp. Camphorae tritae
Acid. benzoic. aa 0,01—0,02
Pyramidoni orig. 0,1
Sacchar. lact. 0,5
D. t. dos. X
M. f. p. D. t. dos. X in obl.

3 razy dziennie po 1 proszku.
Przy grypie.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Zapotrzebowanie karotyny i witaminy A u dzieci.

Autorzy zbadali 436 dzieci znajdujących się w obozach na objawy ubytkowe związane z brakiem lub niedostateczną ilością witaminy A w pożywieniu. Wiek dzieci wahał się od 1 roku do 12 lat. Objawy oczne (Xerophtalmia) jako pierwsze oznaki awitaminozy A stwierdzono u 116 dzieci (= 27%). Diety dzieci od 1 roku do 5 lat, od 5 do 8 i od 8 do 12 lat zawierały 454 γ, 709 lub 785 γ karotyny. Zapalenie śluzówki w kącie jamy ustnej stwierdzono u 71 dzieci (= 16%); objaw ten występował częściowo u dzieci, które wykazywały również zaburzenia ze strony oczu. W każdym razie spostrzeżenia autorów dowodzą, że zapotrzebowanie na karotynę wzgl. witaminę A jest znacznie większe niż ilości tych związków zawarte w pożywieniu.

Dr W. R. Aykroyd i dr B. G. Krishnan.
Madras (Ind. med. Gaz. 1936, tom 71).

Błędy rozpoznawcze przy bólach w klatce piersiowej.

Przy rozpoznawaniu różnicowym bólów umiejscowionych w klatce piersiowej duże znaczenie mają wywiady dotyczące rodzaju bólu, jego lokalizacji, czasu trwania, promieniowania, przebiegu i t. d. Bóle piersiowe mogą występować przy półpaścu, nerwobólu międzyżebrowym, reumatyzmie i toksycznych zapaleniach nerwów (ołów, arsen). Przyczyną bólów w klatce piersiowej bywają następnie zmiany chorobowe rdzenia i jego opon, kręgosłupa, mięśni piersiowych, gruczołów piersiowych u kobiet, obrzmienia gruczołów chłonnych i zapalenie okostnej. Bóle pochodzące z narządów znajdujących się wewnątrz klatki piersiowej stwierdzamy przy schorzeniach przełyku (uchyłki, żylaki, skurcze), opłucnej, oskrzeli i płuc (stany zapalne, gruźlica, zrosty, przemieszczenia) i wreszcie przy chorobach serca i tętnicy głównej (nerwice serca, dławica piersiowa, zawał, niedomoga wieńcowa, zapalenie osierdzia, rozszerzenie serca, tachyarytmia). Przy bólach odczuwanych w klatce piersiowej lecz pochodzących z narządów jamy brzusznej przyczyną bywa obrzmienie wątroby (zastój, guzy, bąblowiec i t. d.), schorzenia woreczka żółciowego (z promieniowaniem bólu do prawej łopatki lub prawego płuca), choroby nerek, ropnie podprzeponowe, zapalenie trzustki, nieżyt żołądka, wrzód żołądka lub dwunastnicy, stany spastyczne i wzdęcia. Przy skargach chorego na bóle w klatce piersiowej lekarz powinien zawsze brać pod uwagę wszystkie wyżej wymienione przyczyny bólów.

Prof. dr v. d. Velden, Berlin.
(D M.W. 1936, Nr 38, str. 1542)

Niedokrwistość złośliwa a Campolon.

Chora w wieku bliskim okresu przekwitowego. Przez 9 miesięcy leżała w szpitalu z powodu objawów ciężkiej anemii złośliwej. W szpitalu dokonano kilkakrotnie przetaczania krwi. Wypisała się ze znaczną poprawą. Od połowy maja otrzymuje wyłącznie Campolon w coraz większych odstępach czasu. Obecnie chorej wstrzykuje się raz na tydzień 5 cm³ Campolonu domięśniowo. Zwiększenie się wagi uzyskane w szpitalu nie tylko się utrzymuje, lecz chorej przybyło jeszcze dalsze 2 kg. Nieżyt żołądka i palenie języka ustąpiły zupełnie, zaburzenia nerwowe poprawiły się do tego stopnia, że stwierdza się jedynie

nieznaczne pozostałości. Obraz krwi utrzymuje się bez zmiany w bardzo dobrym stanie osiągniętym podczas leczenia szpitalnego. Zawartość hemoglobiny wynosi stale 75 — 80%, ilość erytrocytów waha się około 4 milionów.

Dr Frankenstein-Betke, Lipsk.
(Ther. Ber. 1936, Nr. 4).

Spostrzeżenia nad działaniem Prontosilu przy ciężkich sprawach zakaźnych.

10-letnia dziewczynka dotknięta ostrym zapaleniem szpiku kostnego lewej kości goleniowej z 8 przetokami. W wydzielinie ropnej stwierdzono obecność paciorkowców. Zastosowanie Prontosilu w dawce ogólnej 20 tabletek sprowadziło znaczną poprawę.

W dalszym przebiegu do otwartej jeszcze rany dołączyła się róża, stan ogólny ciężki, zamroczenie świadomości; 16 tabletek Prontosilu doprowadziło do szybkiego wyleczenia. Chory z posocznicą grypową, która rozpoczęła się pod postacią zapalenia płuc, również zareagował doskonale na działanie Prontosilu (dawka ogólna wynosiła 30 tabletek). Za pomocą Prontosilu udało się również uratować chorego dotkniętego zapaleniem mózgu i opon mózgowych.

Dr Angelberger, Salzburg.
(W.M.W. 1936 Nr. 20).

W sprawie leczenia zakaźnych schorzeń skórnych.

W ostatnich czasach osiągnąłem za pomocą Prontosilu dwa nadzwyczaj pomyślne wyniki lecznicze. W przypadku pierwszym w związku z jęczmieniem lewej powieki górnej wytworzyło się silne zapalenie lewej połowy twarzy o cechach podobnych do róży. Gorączka dochodziła do 38,5°. Zastosowałem okłady miejscowe z rozcieńczonego roztworu siarczanu miedzi oraz zaleciłem do wewnątrz Prontosil w tabletkach. Zapalenie skóry łącznie z jęczmieniem ustąpiło zupełnie w ciągu 5 dni. Na uwagę zasługuje tu okoliczność, że u chorego, będącego lekarzem, istnieje skłonność do powtarzania się tego rodzaju zapaleń, które zawsze trwały conajmniej 10—12 dni.

Przypadek drugi dotyczył 32-letniego mężczyzny dotkniętego ciężką pryszczycą pęcherzykową obu rąk. Wskutek wtórnego zakażenia doszło do zropienia wykwitów pęcherzowych i ciężkiego zapalenia naczyń chłonnych obu rąk, tak że trzeba było umieścić chorego w szpitalu. W szpitalu zastosowano leczenie miejscowe za pomocą okładów z kwasu bornego, otworzone pęcherze smarowano Trypaflaviną, a miejsca z zapaleniem naczyń chłonnych — maścią ichtiolową. Na podstawie moich pomyślnych wyników, osiąganych za pomocą Prontosilu w przypadkach ropnych zakażeń skóry oraz czyraków, lekarz szpitalny zastosował na moją prośbę również i w tym przypadku Prontosil do wewnątrz. Już po 8 dniach chory poprawił się do tego stopnia, że można go było wypisać ze szpitala jako prawie wyleczonego. Autor uważa, że również i w tym przypadku pomyślny przebieg choroby należy w znacznym stopniu przypisać działaniu Prontosilu.

Dr R. Kaufmann, Frankfurt n. M.
(Ther. Ber. 1936, Nr. 1).

Nowe badania z dziedziny schorzeń reumatycznych.

Zmiany stawowe o typie artrozy nie są zasadniczo wskazaniem do stosowania preparatów farmaceutycznych, zmiany zaś artretyczne reagują najlepiej na energiczne leczenie Pyramidonem, który należy w razie potrzeby podawać w ciągu długich miesięcy. Autor najchętniej stosuje Pyramidon w czopkach i podaje 3 razy dziennie po 0,75 — 0,8g, często nawet 3 razy dziennie po 1,0 g. Wstrzykiwania preparatów złota, srebra, siarki, związków białkowych i bodźcowych nie dawały tak pomyślnych wyników leczniczych jak konsekwentna terapia Pyramidonem. Również i leczenie zesztywniającego zapalenia kręgosłupa (choroby *Bechterewa)* polega zasadniczo na energicznym i długotrwałym podawaniu Pyramidonu, stosowaniu ciepła na kręgosłup i ruchach czynnych i biernych. Nadzwyczaj korzystną jest balneo-

terapia; przestrzeganie zaś ściśle określonej diety nie ma tak wielkiego znaczenia; również i dieta polegająca na spożywaniu potraw surowych nie wykazuje wyraźniejszego wpływu na przebieg choroby.

Dr W. Krebs, Wiesbaden.
(Münch. med. Wschr. 1936, Nr. 36)

Ziarenkowcowe zakażenie dróg moczowych leczone Prontosilem.

Pomyślne wyniki chemoterapeutycznego leczenia schorzeń paciorkowcowych i gronkowcowych za pomocą Prontosilu skłoniły autora do wypróbowania tego leku również przy ziarenkowcowych zakażeniach dróg moczowych. Działanie lecznicze w dwóch obserwowanych przypadkach należy uważać za przekonywujące, gdyż dotyczyło chorych, których już od dłuższego czasu leczono bezskutecznie przepłukiwaniami i wewnętrznymi środkami odkażającymi drogi moczowe. Pierwsza chora 35-letnia kobieta, cierpiała od 1934 r. na uporczywy nieżyt pęcherza moczowego; latem 1935 pacjentka przybyła do Wildungen. Mocz pobrany cewnikiem zawierał liczne ciałka białe i pojedyńcze krwinki czerwone. Obraz cystoskopowy wykazał rozlane i silne zapalenie śluzówki pęcherzowej. Leczenie miejscowe pęcherza moczowego i jednoczesne stosowanie wewnętrznych środków odkażających drogi moczowe doprowadziło wprawdzie do nieznacznego wyjaśnienia się moczu, jednak natężenie dolegliwości nie zmieniło się wcale. W tym czasie chora zaczęła przyjmować Prontosil w dawce 3 razy dziennie po 1 tabletce. Już po 3 dniach cewnikowany mocz stał się zupełnie przezroczysty, osad zawierał jedynie pojedyńcze ciałka ropne i nieliczne ziarenkowce. Jednocześnie bóle zmniejszyły się znacznie. Po dalszych 9 dniach mocz był mikroskopowo jałowy i nie zawierał wcale leukocytów, chora zaś nie doznawała już żadnych zupełnie dolegliwości. Drugi pacjent, 61-letni mężczyzna, zachorował nagle przed 5 tygodniami z dreszczami i wysoką gorączką; chory skarży się na dolegliwości pęcherzowe i bóle w okolicy nerkowej. Jednocześnie wystąpiło silne zapalenie cewki moczowej z bardzo obfitą wydzieliną, tak że w ciągu nocy trzeba było dwukrotnie zmieniać opatrunek. Wydzielina nie zawierała gonokoków, znaleziono natomiast bardzo liczne gronkowce. Druga porcja moczu była wybitnie ropna, na preparacie barwionym również wykryto obecność gronkowców. Po 2 dniach przyjmowania Prontosilu w dawce 3 razy dziennie po 1 tabletce wyciek się zmniejszył i druga porcja moczu stała się bardziej przezroczysta. Po 10 dniach wyciskanie cewki również i rano nie dawało żadnej wydzieliny. Pierwsza porcja moczu zawierała już tylko nieliczne nitki, porcja druga była przezroczysta i nie zawierała ani leukocytów ani bakteryj.

Przyjmowanie Prontosilu nie wywoływało żadnych zaburzeń żołądkowo - kiszkowych ani wogóle jakichkolwiek objawów ubocznych. Pomyślny wpływ Prontosilu na przebieg choroby był bezpośredni i wyraźny, tak że osiągnięte wyleczenie należało niewątpliwie przypisać działaniu preparatu.

Dr G. Klose, Wildungen.
(Deutsche med. Wochenschrift 1936 Nr. 22)

Leczenie zapalenia płuc i nieżytu oskrzeli.

Autor leczył wstrzykiwaniami Omnadiny 17 chorych dotkniętych zapaleniem płuc i 22 chorych cierpiących na nieżyt oskrzeli. Wyniki były bardzo pomyślne. W 3 — 4 godziny po wstrzyknięciu gorączka przeważnie opadała o 1 — 2°, po czym znowu nieznacznie się podnosiła. Po kilku wstrzyknięciach ciepłota opadła już ostatecznie. Omnadina znacznie skraca czas trwania choroby. W 6 przypadkach płatowego zapalenia płuc pneumokoki znikały przeciętnie po 4,3 dniach, a w przypadkach kontrolnych, leczonych innymi sposobami bez Omnadiny, dopiero po 7,5 dniach. Działanie lecznicze Omnadiny jest tym skuteczniejsze im wcześniej się ją stosuje. Przy zastosowaniu wstrzykiwań Omnadiny w ciągu pierwszych 3 dni po dreszczu, choroba trwała 7,8 dni, po 3 dniach — 9,1 dni i bez Omnadiny 10,5 dnia.

Dr Chang Kung, Shanghai.
(Tien Deh. Med. Journ. 1936 Nr. 3).

Pryszczyca.

Podczas podróży powrotnej z Batawii do Rotterdamu jeden z marynarzy dostał bardzo uporczywej pryszczycy na obu rękach. Okazało się, że karmił on nieświeżym mięsem dzikie zwierzęta przeznaczone dla holenderskich ogrodów zoologicznych i podczas rąbania tego mięsa skaleczył się kilka razy.

Staranne oczyszczenie otwartych miejsc, okłady z płynu Burowa i t. d. nie sprawiły choremu żadnej ulgi.

Obie ręce puchły coraz bardziej, bóle zwiększały się i pryszczyca czyniła coraz większe postępy. W tych warunkach chory otrzymał o 9 rano dożylne wstrzyknięcie 10 cm³ 1%-owego roztworu Trypaflaviny.

Wynik tego zabiegu okazał się wprost zdumiewający! Bóle już po godzinie zmniejszyły się znacznie, obrzmienie palców lewej ręki zaczęło ustępować. Po obiedzie brzegi ran dwóch otwartych miejsc wyraźnie zbladły. Po upływie dwóch dni sprawę chorobową można już było uważać za zupełnie zlikwidowaną. W 1., 2., 3., 5. i 7. dniu chory otrzymywał dożylnie po 10 cm³ 1%-owego roztworu Trypaflaviny.

Wieber Schraffordt Koops, Utrecht.
(Therap. Meded. 1936).

Wrzód żołądka.

Istnieją liczne i różnorodne sposoby leczenia wrzodu żołądka. Podstawową wspólną zasadą wszystkich tych metod jest oszczędzanie chorego narządu. Znane wzory dietetyczne *Leubego*, *Sippy*, *Pentzolda* i innych opierają się na tej właśnie zasadzie. Jednakże samo przestrzeganie diety okazuje się przeważnie niedostateczne do wyleczenia. Przede wszystkim sprawa zobojętniania kwasu solnego wymaga stosowania dodatkowych leków hamujących jego wydzielanie. Na inną drogę wstąpiło leczenie bodźcowe, które dąży do wyleczenia owrzodzenia za pomocą zmiany ogólnego odczynu ustrojowego. Przy chorobie wrzodowej stwierdza się w przeciwieństwie do ludzi z żołądkiem zdrowym uporczywy, nadmiernie kwaśny sokotok żołądkowy, utrzymujący się nawet w nocy. Na tę kwaśną wydzielinę nocną nie zwracano dotychczas przy leczeniu należytej uwagi. Nowa metoda leczenia, polegająca na częstym doustnym podawaniu wysokoprocentowego roztworu cukru gronowego, dąży właściwie do opanowania tej nadkwaśności. Cukier należy podawać również i w nocy. Autor podaje co godzinę 50 cm³ 60%-owej glukozy. Przy kuracji tej wszelkie inne środki lecznicze są zupełnie zbyteczne. Dolegliwości ustępują przeważnie już w pierwszym dniu leczenia. Waga zaczyna się bardzo szybko zwiększać i nierzadko już po upływie tygodnia podnosi się o 1,5 kg. Nie nadają się do tego leczenia tylko chorzy z jednoczesnym opuszczeniem żołądka, u których wskutek przeszkód w opróżnianiu żołądka roztwór cukru gronowego ulega fermentacji i może wywoływać mdłości, wymioty i biegunki. W przypadkach takich często pomagała histydyna.

W przypadkach, w których na pierwszy plan obrazu chorobowego wysuwają się bóle i w których leczenie cukrem gronowym nie wchodzi w rachubę, zalecamy pacjentom, aby przez 10 — 14 dni wypijali codziennie rano naczczo w pozycji leżącej na plecach 200 cm³ 1/4%-owego roztworu Novocainy. Po upływie 30 minut pacjent może spożyć śniadanie. Bóle zwykle szybko ustępują.

Dr G. Moschinski, Szpital Paulinów, Berlin-Westend (Fortschr. Ther. 1936, Nr. 5).

Leczenie skurczów przełyku.

Autor obserwował 3 pacjentki cierpiące na skurcze przełyku. Leczenie polegało na domięśniowych wstrzykiwaniach Luminalu (0,2 g). Badanie rentgenowskie wykazało, że po 2 — 4 godzinach po wstrzyknięciu skurcz ustępował. Czas przechodzenia masy kontrastowej przez przełyk przyspieszał się o 50%. Również i doustne podawanie Luminalu działało na skurcze przełyku szybko i pomyślnie. Tak np. u pewnej 50-letniej kobiety czas przechodzenia przez przełyk skrócił się pod wpływem 1 tabletki

Luminalu o połowę, po tygodniu leczenia Luminalem skurcze przełyku ustąpiły zupełnie. U pewnej 58-letniej pacjentki czas przechodzenia 1 — 4 pigułek sodowych, podanych w 2 godziny po wstrzyknięciu domięśniowym Luminalu, zmniejszył się z 7 do 5, 4 i nawet do 2 sekund. Autor przypuszcza, że Prominal będzie działał na skurcze prawdopodobnie tak samo jak Luminal, nie wywoła natomiast senności.

Dr R. Voet.
(Rev. Med. Luvain 1936, Nr. 5).

W sprawie leczenia upławów.

Autor omawia wyniki leczenia upławów pochwowych za pomocą Deveganu. Materiał obserwacyjny autora składał się ze 170 pacjentek. W większości przypadków podłożem upławów było zakażenie pochwy trichomonadami. *Rodecurt* zalecał chorym, aby wieczorem, leżąc już w łóżku, wprowadzały możliwie głęboko do pochwy 3 tabletki Deveganu. W razie poprawy można po 10 dniach ograniczyć dawkę do 2 tabletek, a po dalszych 15 dniach już tylko do jednej. W przypadkach z objawami silnego podrażnienia, swędzenia i palenia wskazane jest ponad to dokonywanie przepłukiwań środkiem odkażającym lub naparem z rumianku. Jeżeli tabletki rozpadają się zbyt wolno, to należy je przed użyciem włożyć na chwilę do wody. W kilku przypadkach badanie mikroskopowe wydzieliny pochwowej wykazało, że po 6—8 dniach leczenia już nie było trichomonad; przy dawce 1 do 2 tabletek dziennie po 24 dniach (po 3-dniowej przerwie w leczeniu) stwierdzano na preparacie już tylko nabłonki płaskie i pałeczki Döderleina; upławy ustąpiły zupełnie. Jednakże dalsza obserwacja wykazała, że wyleczenia te były jedynie pozorne, gdyż po pewnym czasie nastąpił nawrót choroby. Dla osiągnięcia trwałego wyleczenia niezbędne jest dłuższe konsekwentne leczenie, podczas którego należy zużyć conajmniej 90 tabletek Deveganu. Leczenia nie należy przerywać odrazu, lecz podawać stopniowo dawki coraz mniejsze. Bezpośrednio przed i po miesiączkowaniu wskazane są chwilowo znowu dawki większe, ew. można po wyleczeniu stosować Devegan już tylko w związku z okresem miesiączkowym. Nadżerki części pochwowej nie wymagają prawie nigdy oddzielnego leczenia, gdyż poprawiają się jednocześnie z ustępowaniem zasadniczej sprawy chorobowej. Wobec tego, że działanie Deveganu przenika nierzadko aż do kanału szyjki, osiąga się często wyleczenie również i w przypadkach upławów pochodzących z szyjki.

Dr M. Rodecurt, Hanower.
(Dtsch. med. Wschr. 1933, Nr. 45).

Leczenie zaburzeń krążeniowych przy śpiączce cukrzycowej.

Śpiączka cukrzycowa przebiega często z objawami krańcowego osłabienia krążenia obwodowego. Zaburzenia te znakomicie reagują na pobudzające działanie Icoralu. Jako przykład autor przytacza następującą historię choroby:

Chory ma lat 29. Cukrzyca trwa już od kilku lat. Przed 6 — 7 godzinami chory stracił przytomność. Pacjent oddycha głęboko, oddech jest rzężący o typie oddechu Kussmaula. Tętno źle wypełnione, nitkowate, niemożliwe do zliczenia. Badanie moczu: cukier 6%, aceton: + +, kwas acetooctowy: + +. Rozpoznanie: Coma diabeticum.

Wobec tego, że rokowanie śpiączki cukrzycowej zależy głównie od zachowania

się tętna i ciśnienia krwi, zastosowałem jednocześnie z 40 jednostkami insuliny również 1 cm^3 Icoralu dożylnie. Ponad to wstrzyknąłem domięśniowo jeszcze 40 jednostek insuliny. Gdy ukończyłem wstrzykiwanie dożylne, które trwało około minuty, chory już otworzył oczy. Tętno odrazu wypełniło się lepiej i zwiększyło swoje napięcie. Ciśnienie krwi podniosło się wyraźnie. Tętno wahało się od 90 do 100 na minutę. Nadzwyczaj jaskrawo uwidocznił się również natychmiastowy wpływ Icoralu na oddech, który stał się spokojniejszy i bardziej miarowy. Po krótkim czasie stan nieprzytomności przeminął i chory mógł już odpowiadać na zadawane mu pytania. Wkrótce wszystkie niebezpieczne objawy, zagrażające bezpośrednio życiu, szczęśliwie minęły. W godzinę po wstrzyknięciu dożylnym chory otrzymał dla celów zapobiegawczych domięśniowo 2 cm^3 Icoralu i 30 jednostek insuliny. W dalszym przebiegu choroby powtarzanie wstrzykiwań środka analeptycznego nie było już potrzebne. Tętno, ciśnienie krwi i oddech nie wykazywały żadnych odchyleń od normy.

Dr Paffenhöfer, Szpital Miejski, Wetzlar.
(Ther. Ber. 1936 Nr. 11).

Leczenie niedokrwistości złośliwej wielkimi dawkami wyciągu wątrobowego.

Autorzy leczyli trzech chorych dotkniętych anemią złośliwą okresowymi domięśniowymi wstrzykiwaniami wielkich dawek Campolonu. Ilość krwinek u tych pacjentów wahała się około miliona, stan chorych był bardzo ciężki. Leczenie zostało jednak uwieńczone całkowitym powodzeniem. Za pierwszym razem wstrzykiwano domięśniowo 4 cm^3 Campolonu, następnie po 12 godzinach 20 cm^3, a później zależnie od potrzeby po 10—30 dniach jeszcze raz 20 cm^3. U jednego chorego trzeba było ponadto dla uzyskania prawidłowej zawartości hemoglobiny podawać jeszcze doustnie żelazo.

U jednego z chorych po drugim wstrzyknięciu 20 cm^3 Campolonu ilość krwinek czerwonych i zawartość hemoglobiny utrzymywały się przez 3 miesiące na prawidłowym poziomie. W pozostałych przypadkach wstrzykiwano raz na miesiąc 8 — 10 cm^3. Tolerancja wstrzykiwań była bardzo dobra, nie wywoływały one żadnych szkodliwych odczynów miejscowych ani ogólnych.

Dr H. J. Gardner i *dr I. J. Wood*, Melbourne.
(Med. Journ. Austral. 1935, Nr. 18).

Odczyn Ascheima - Zondeka w okresie popołogowym.

Autor wykonał odczyn Ascheima-Zondeka w moczu 50 położnic w różnym czasie po porodzie i otrzymał następujące wyniki:

			Odczyn dodatni	Odczyn ujemny
1	próba	w 45 minut po porodzie	45	5
2	„	24 godziny po tym	26	24
3	„	48 godzin „	15	35
4	„	72 godziny „	2	48
5	„	96 godzin „	—	50
6	„	120 godzin „	—	50
7	„	144 godziny „	—	50

Z badań tych wynika, że odczyn Ascheima-Zondeka w 96 godzin po prawidłowym porodzie daje wynik ujemny. Dodatni wynik tego odczynu w 5. dniu połogu przemawiałby wobec tego za pozostaniem w macicy resztek łożyska.

Dr F. A. E. Crew, Edynburg.
(Brit. med. Journ. 1936, Nr. 3920).

Icoral.

Autor opisuje historię choroby pewnego pacjenta, który zażył 10 tabletek mocnego środka nasennego. Chory był zupełnie nieprzytomny, oddech powierzchowny, bardzo wolny, tętno małe, miękkie, bardzo przyspieszone, źle wypełnione. Na ukłucie skóry szpilką chory wcale nie reaguje, odruch źreniczny zachowany, oczopląs; odruchów patologicznych nie stwierdza się. Wstrzyknąłem choremu natychmiast 2 cm^3 Icoralu domięśniowo. Mniej więcej po 3 minutach tętno wypełniło się lepiej, oddech pogłębił się i przyspieszył. Po upływie pół godziny tętno było prawidłowo napięte, średnio mocne, miarowe,

68 na minutę, oddech normalny, 18 na minutę. Po godzinie tętno znowu się przyspieszyło, było niemiarowe, wypełnienie pogorszyło się, oddech stał się powierzchowny i szybki, tak że powtórnie wstrzyknąłem 2 cm^3 Icoralu. Wynik był tak samo doskonały jak po pierwszym wstrzyknięciu. Podczas następnej wizyty u chorego po 5 godzinach stwierdziłem, że nastąpiła znaczna poprawa, oddech i tętno były prawidłowe, chory reagował na wezwanie, mowa była jeszcze utrudniona, ruchy rąk niepewne. Następnego dnia wszystkie objawy chorobowe ustąpiły zupełnie, chory był jedynie jeszcze nieco senny.

Działanie Icoralu było w tym przypadku szybkie i skuteczne. Po wyczerpaniu się działania pierwszego wstrzyknięcia drugie wstrzyknięcie dało taki sam pomyślny wynik jak pierwsze. Żadnych niepożądanych lub szkodliwych objawów działania ubocznego Icoral nie wywołał. Uważam, że Icoral przedstawia doskonały środek analeptyczny, szybko pobudzający narządy krążenia i oddychania.

Dr S. Klein, Giessen.
(Ther. Ber. 1935, Nr. 4).

Zagadnienie upławów.

Autor zdaje sprawę z wyników leczenia upławów Deveganem. Materiał kliniczny autora opiera się na obserwacji przeszło 100 pacjentek. Większość chorych cierpiała na upławy na tle zakażenia pochwy trichomonadami. Zarówno w lekkich jak i ciężkich przypadkach Devegan działał szybko i pomyślnie. Również i w przypadkach nieżytów pochwy trwających już od długiego czasu Devegan przełamywał opór trichomonad przeciw działaniu leków i przeciw odczynom obronnym ustroju. Jest poprostu rzeczą zdumiewającą, jak w przypadkach uporczywego cierpienia, trwającego już od 15 — 20 lat, następuje w ciągu 8 — 14 dni zupełny przełom. Devegan stosuje się 1 — 3 razy dziennie, w przypadkach lekkich 1 raz co drugi dzień. Pierwsze wyniki ujawniają się już po 3 — 4 dniach i polegają na wyraźnej poprawie podmiotowej i stopniowym znikaniu trichomonad. Już po 2 a najpóźniej po 8 — 14 dniach badanie mikroskopowe nie jest w stanie wykryć obecności trichomonad. Specjalne związki węglowodanowe zawarte w Deveganie i stanowiące odpowiednią pożywkę dla rozwoju laseczników kwasu mlecznego, są jednocześnie materiałem budowlanym i źródłem energii do odbudowy wyczerpanej lub zniszczonej ściany pochwy; umożliwia to szybkie restitutio ad integrum zapalnie zmienionych tkanek. Leczenie należy kontynuować conajmniej do rozpoczęcia się drugiego miesiączkowania od początku kuracji. Następnie należy jeszcze przez dłuższy czas po każdym miesiączkowaniu sprawdzać stan zdrowia i kontrolować na obecność trichomonad. W razie ukazania się nawet pojedyńczych trichomonad należy leczenie wznowić. *Hees* stosował Devegan nie tylko jako środek leczniczy, lecz również jako środek zapobiegawczy. 95% pacjentek po jednorazowym starannym leczeniu nie miało w ciągu długotrwałej obserwacji nawrotów. Pozostałe reagowały szybko na powtórzenie kuracji. Ani razu nie stwierdzono żadnych niepożądanych objawów działania ubocznego, natomiast w licznych przypadkach obserwowano poprawę stanu ogólnego i trwałą poprawę samopoczucia chorych. Działanie Deveganu sięga do połowy wysokości szyjki. Devegan nie działa przy zbyt

obfitym wydzielaniu z szyjki i macicy, gdyż zostaje wówczas przedwcześnie wypłukany z narządów płciowych, oraz przy uporczywych upławach z szyjki, powstałych początkowo na podłożu rzeżączkowym.

Dr E. Hees, Wiesbaden.
(Klin. Woch. 1933, Nr. 43 i 44).

XV. ZJAZD LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH WE LWOWIE.

w dniach 4 — 7 lipca 1937 r.

Lekarze i przyrodnicy, którzy nie otrzymali dotychczas kart zgłoszeniowych i komunikatów Zjazdowych rozesłanych za pośrednictwem Pol. Biura Podróży „Orbis", raczą zwrócić się po te druki albo do Biura „Orbis" albo wprost do Komitetu Zjazdu, Lwów, ul. Kochanowskiego 52.

Dla uczestników Zjazdu i osób towarzyszących rezerwuje się pokoje w hotelach, domach studenckich i mieszkaniach prywatnych po cenach b. niskich z zwolnionem od podatku hotelowego. Uczestnicy Zjazdu korzystają z indywidualnych zniżek kolejowych 50% (przyjazd do Lwowa za pełną opłatą, powrót bezpłatny), z bezpłatnej komunikacji tramwajowej we Lwowie, bezpłatnych wstępów do miejskiego muzeum i panoramy racławickiej oraz ze zniżek w restauracjach.

Słuchacze Szkół akademickich opłacają zniżoną składkę uczestnictwa w kwocie 5 zł, a przy zgłoszeniach zbiorowych 2 zł. od osoby. Asystenci Szkół akad., asystenci szpitalni i młodzi lekarze opłacają uczestnictwa w wysokości 10 zł. od osoby.

PROGRAM OGÓLNY XV. ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH WE LWOWIE.

W wigilię (t. j. 3 lipca) otwarcia Zjazdu uczestnicy wezmą udział w tradycyjnym wieczorze zapoznawczym. Przedpołudniem 4 lipca, po nabożeństwie w bazylice katedralnej, nastąpi uroczyste otwarcie Zjazdu w gmachu Teatru Wielkiego, gdzie wykład inauguracyjny wygłosi Pan Minister W. R. i O. P. Prof. Dr. W. Świętosławski p. t „Przyrost ludności w Polsce i jego konsekwencje".

Właściwe obrady naukowe 32 sekcyj specjalnych (1.500 referatów szczegółowych) zajmą 3 dni następne, codz. od godz. 8 — 11 i 16 — 19-tej.

W pierwszym dniu Zjazdu odbędzie się na lotnisku w Skniłowie wyłącznie dla uczestników Zjazdu specjalny pokaz lotniczo-gazowy z wykładem i wystawą.

Z okazji Zjazdu Komitet Organizacyjny urządza w pawilonie centr. Targów Wschodnich wystawę przyrodniczo-lekarską, a w budynkach Kliniki chorób wewnętrznych i Kliniki chirurgicznej (Pijarów 4) wystawę przemysłu chemiczno-farmaceutycznego, przyrządów i wydawnictw naukowych. Komitet Organizacyjny urządza dla uczestników Zjazdu reprezentacyjny Raut w salach recepcyjnych Uniwersytetu Jana Kazimierza. Ponadto odbędą się wycieczki do miejskich źródeł wodociągowych w Szkle i Woli Dobrostańskiej, do uzdrowisk: Lubień Wielki, Truskawiec, Morszyn, Rymanów, Iwonicz, Żegiestów, Krynica, Rabka, Szczawnica, Mikuliczyn, Worochta, Kosów itd. oraz wycieczki przyrodniczo-naukowe.

Redaktor
Mgr Stefan Sabiniewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna nr 5. Skrzynka pocztowa nr 748.
Cena prenumeraty rocznej zł 6, półrocznej zł 3.
Odbito w drukarni Wzorowej, Warszawa, ul. Długa 20.